

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/145917>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

4951
A.J.M. Geelen

VERZELFSTANDIGING VAN GROEPSLEIDING EN KWALITEIT VAN ZORG

een onderzoek op het terrein van de verstandelijk gehandicaptenzorg



VERZELFSTANDIGING VAN GROEPSLEIDING EN KWALITEIT VAN ZORG

VERZELFSTANDIGING VAN GROEPSLEIDING EN KWALITEIT VAN ZORG

**Een onderzoek op het terrein van
de verstandelijk gehandicaptenzorg**

**Een wetenschappelijke proeve op het gebied van de
Sociale Wetenschappen**

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Katholieke Universiteit Nijmegen,
volgens besluit van het College van Decanen in het
openbaar te verdedigen op vrijdag 3 februari 1995,
des namiddags te 1.30 uur precies
door

Anna Josepha Maria Geelen

geboren op 25 januari 1958 te Heerlen

INSTITUUT VOOR ZORGONDERZOEK MSO DEVENTER

Promotor : Prof. Dr. J.M.G. Persoon
Co-promotor : Dr. J.G.M. Lammers

Drukwerk : Delta Grafex, Zutphen
Omslagontwerp : Hans Zweverink, Zutphen

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Geelen, Anna Josepha Maria

Verzelfstandiging van groepsleiding en kwaliteit van zorg
: een onderzoek op het terrein van de verstandelijk
gehandicaptenzorg / Anna Josepha Maria Geelen. - Deventer
Instituut voor Zorgonderzoek MSO. - 111

Proefschrift Nijmegen. - Met lit. opg.

ISBN 90-73467-05-5

NUCI 652

Trefw.: zwakzinnigenzorg, decentralisatie /
kwaliteitszorg; zwakzinnigenzorg / arbeidsvoldoening in
de zwakzinnigenzorg.

© Copyright 1995

Instituut voor Zorgonderzoek MSO
Deventer

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopiëren of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

VOORWOORD

Dit proefschrift omvat een uitvoerig onderzoek in algemene instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten. Middels een cross-sectioneel onderzoek zijn de effecten nagegaan van verzelfstandiging van groepsleiding op kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie.

Het onderzoek is geïnitieerd en mogelijk gemaakt door de Stichting Samivoz te 's Hertogenbosch. Het vond plaats in de periode april 1989 tot juni 1991. Het onderzoek maakt deel uit van het onderzoekszwaartepunt Kwaliteit van Verstandelijk Gehandicaptenzorg van het Instituut voor Zorgonderzoek MSO te Deventer.

Het onderzoek is tot stand gekomen met steun van verschillende instanties en personen.

Drs. T. Duine fungeerde als een belangrijke intermediair tussen opdrachtgever, participerende instellingen en het onderzoeksbureau. Het onderzoek werd extern begeleid door dr. J. Lammers, hoofd-docent bij de Vakgroep Methoden en Technieken van de Katholieke Universiteit van Nijmegen. De Hogeschool Nijmegen was bereid het daar ontwikkelde instrument voor toetsing van verpleegkundige kwaliteit in de zwakzinnigenzorg ter beschikking te stellen. Drs. T. Lemmen van de Hogeschool Nijmegen verrichtte de bij het instrument behorende gegevensverwerking. Drs. W. Schipper assisteerde bij de gegevensverzameling.

Het onderzoek werd begeleid door een commissie die als volgt was samengesteld:

- Dr. P.C. Damen, voorzitter, secretaris Stichting Samivoz,
- Drs. T.J. Duine, staffunctionaris Stafbureau Stichting Samivoz,
- Drs. P.L. Goderis, directeur van de stichting "De Winckelsteegh",
- Drs. E. Goossens, adjunct-directeur Zorg stichting "Craeyenburch",
- Ir. W.P. Looze, projectgroepcoördinator Nationale Ziekenhuisraad Consult,
- Prof. Dr. J.M.G. Persoon, hoogleraar Medische Sociologie Katholieke Universiteit Nijmegen,
- Dr. D.M. Seys, orthopedagoog van de stichting "De Winckelsteegh", universitair docent Katholieke Universiteit Nijmegen.

Een onderzoeksrapportage is eerder verschenen onder de titel Zelfstandig Werken aan Kwaliteit.

Dat een onderzoek een proefschrift wordt, vereist de steun van verschillende personen en instanties, waarvan ik er enkele wil noemen.

Erkentelijkheid en grote dank blijf ik verschuldigd aan de vele medewerkers in de instellingen die bereid waren tijd en nadenken te investeren ten behoeve van het onderzoek.

De discussies, gevoerd in de begeleidingscommissie van het onderzoek, werkten aanstekelijk en vormden de aanzet tot een verdere verwerking van de onderzoeksgegevens tot een proefschrift. Dankzij de begeleiding van prof. dr. J.M.G. Persoon en dr. J.G.M. Lammers werd deze aanzet daadwerkelijk gerealiseerd. Zij waren een stimulans om de ingeslagen weg door te zetten.

Marijke ter Voert nam het manuscript kritisch door. Theo Eltink verwerkte de figuren tot een publiekabele vorm. Kees Luesink zorgde in de slotfase voor het afwerken van de uitgave van dit proefschrift. Hiervoor mijn dank.

Verder gaat mijn dank uit naar het Nationaal Ziekenhuisinstituut en het St. Radboudziekenhuis voor het inpassen van werkzaamheden ten behoeve van het proefschrift.

Tenslotte wil ik iedereen danken die door aanmoediging, kritiek, enthousiasme of discussie heeft bijgedragen tot het stand komen van dit proefschrift.

1	Achtergrond en probleemstelling	1
1.1	Aanleiding van het onderzoek en eerste vraagstelling	1
1.1.1	Aanleiding van het onderzoek	1
1.1.2	Doelstelling en globale vraagstelling	5
1.2	De centrale begrippen: autonomie, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie	6
1.2.1	Relaties tussen de centrale begrippen	7
1.2.2	De centrale begrippen afzonderlijk	15
1.2.2.1	Verzelfstandiging van groepsleiding	16
1.2.2.2	Kwaliteit van zorg	23
1.2.2.3	Arbeidssatisfactie van groepsleiding	31
1.2.3	Uitgewerkte probleemstelling	37
2	Opzet van onderzoek, steekproeftrekking en dataverzameling	41
2.1	Onderzoekseenheid, definitie en selectie	42
2.1.1	Beschrijving van deelnemende instellingen en van leefgroepen	44
2.1.2	Steekproef in vergelijking met landelijke kengetallen	51
2.2	Dataverzameling	56
3	Operationalisatie van de centrale begrippen	61
3.1	Verzelfstandiging	61
3.1.1	Vragenlijst voor het meten van verzelfstandiging	62
3.1.2	Variabelen met betrekking tot verzelfstandiging	63
3.2	Kwaliteit van zorg	66
3.2.1	Instrumenten voor het meten van kwaliteit van zorg	66

3.2.2	Variabelen met betrekking tot kwaliteit van zorg	69
3.3	Arbeidssatisfactie	71
3.3.1	Vragenlijst voor het meten van arbeidssatisfactie	73
3.3.2	Variabelen met betrekking tot arbeidssatisfactie	73
3.4	Achtergrondgegevens	75
4	Beschrijvende resultaten	79
4.1	Achtergrondgegevens	79
4.2	Verzelfstandiging	84
4.3	Kwaliteit van zorg	90
4.4	Arbeidssatisfactie	97
4.5	Interpretatie en conclusies	101
5	Relaties tussen achtergrondgegevens, verzelfstandiging, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg	105
5.1	Inleiding	105
5.2	Relaties op specifiek niveau	107
5.3	Relaties op algemeen niveau (causale model-analyse)	116
6	Conclusies, beschouwing en suggesties	127
6.1	Samenvatting van vraagstelling en onderzoeksopzet	127
6.2	Resultaten en conclusies	131
6.2.1	Resultaten en conclusies: algemeen	131
6.2.2	Resultaten en conclusies: gedifferentieerd	133
6.3	Beschouwing van de resultaten en discussie	137
6.4	Evaluatie onderzoeksinstrumenten	146
6.5	Aanbevelingen voor het beleid	150

	LITERATUUR	155
	SUMMARY	161
	BIJLAGEN	169
1	verzorgings- en verplegingsbehoefte	171
2	leefgroepgegevens bewoners	173
3	leefgroepgegevens algemeen	177
4	leefgroepgegevens groepsleiding	181
5	vragenlijst VERZELFSTANDIGING	185
6	procentuele antwoordverdelingen van uitspraken VERZELFSTANDIGING	195
7	schaalconstructie VERZELFSTANDIGING	201
8	scores op de factoren van VERZELFSTANDIGING	205
9	vragenlijsten KWALITEIT VAN ZORG	209
10	procentuele antwoordverdelingen van uitspraken KWALITEIT VAN ZORG	225
11	scores van de leefgroepen op de dimensies van KWALITEIT VAN ZORG	239
12	uitsprakenlijst en procentuele antwoordverdelingen ARBEIDSSATISFACTIE	243
13	schaalconstructie ARBEIDSSATISFACTIE	249
14	scores op de factoren van ARBEIDSSATISFACTIE	253
Vouwblad	overzicht van de variabelen	
	CURRICULUM VITAE	259

1 Achtergrond en probleemstelling

1.1 Aanleiding van het onderzoek en eerste vraagstelling

1.1.1 Aanleiding van het onderzoek

Binnen de zorg voor verstandelijk gehandicapten wordt van verschillende kanten aandrang uitgeoefend om de organisatie van de instellingen te veranderen in de richting van meer autonomie voor de groepsleiding. Evenals in de profitsector, willen in instellingen voor gezondheidszorg verplegenden en verzorgenden meer autonomie in het dagelijks werk verwerven (Schout, 1992).

Reorganisaties hebben er in (delen van) de profitsector toe geleid dat (semi-)autonome produktie- of taakgroepen zijn ontstaan. Een produktie- of taakgroep bestaat uit werknemers die voor het totale produktieproces tot en met het eindprodukt verantwoordelijk zijn en die bovendien in grote mate de eigen werkwijze kunnen bepalen. In dienstverlenende bedrijven en instellingen noemt men deze werkwijze klantgericht werken (Kapteyn, 1989). De dienstverlener handelt nagenoeg alle zaken en handelingen voor een klant zelfstandig af in tegenstelling tot het voorheen geldende principe dat slechts een enkele taak bij alle klanten wordt verricht. De produkt- of klantgerichte organisatie van het werk veronderstelt dat de werknemers over verschillende terreinen (taken) kennis en zeggenschap hebben om daadwerkelijk het noodzakelijke werk omtrent respectievelijk produkt of klant uit te kunnen voeren. De werknemers moeten bovendien zelfstandig kunnen werken. Dit brengt met zich mee dat ze meer verantwoordelijkheden en bevoegdheden in hun functie moeten hebben. De vergroting van verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor de werknemers en de verandering van de functie (van taak- naar produkt- of klantgericht) veronderstellen een andere wijze van ordening van de verantwoordelijkheden, taken en controle van het werk dan voorheen: een verandering van een ordening die gebaseerd is op taken naar één die gebaseerd is op produkten, klanten of regio's. In de context van de gezondheidszorg en daarmee ook in instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten houdt dit een verandering in van taakgericht naar bewoners(=klant)gericht werken. Binnen een verzorgings-, verplegings- of woondienst van een

instelling betekent bewonersgericht werken dat werknemers alle taken ten behoeve van één of meer bewoners uitvoeren en niet zoals bij het taakgericht werken dat zij één taak bij alle bewoners verrichten.

De aandrang om tot meer autonomie voor verzorgenden en verplegenden, in deze studie de leden van de groepsleiding, te komen wordt vanuit verschillende gedachten gevoed: de behoefte van de bewoner, de wens van de groepsleiding tot meer zelfstandigheid, en gezien vanuit de organisatie, de noodzaak te herstructureren vanwege de toegenomen complexiteit van de zorg, en de beeldvorming van het beroep.

Vanuit 'de-zorg-op-maat-gedachte' waarbij de zorgvrager centraal staat, is een organisatieverandering wenselijk om tegemoet te kunnen komen aan de individuele behoeften van bewoners (Wolfsberger: in van Gennep, 1976). Een meer flexibele, bewonersgerichte organisatievorm is hiervoor een vereiste.

Onder invloed van professionaliseringstendenzen in de verpleging (Van den Bergh-Braam, 1986), die ook in de zorg voor verstandelijk gehandicapten plaatsvinden, vraagt de groepsleiding meer autonomie om op deze wijze beter toe te komen aan de zorgbehoeften van de bewoners en om daarmee duidelijk gestalte te geven aan hun beroep. Het standpunt van de groepsleiding is mede verwoord in het 'functieprofiel Z', een eerste concretisering van het beroepsprofiel van de verpleegkundige in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, uitgewerkt door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV, 1984).

Ook vanuit organisatorisch oogpunt ontstaat de behoefte de zorg op een andere wijze te structureren. Het primaire doel van de instelling, de verzorging en de begeleiding van de bewoners, vindt plaats in de leefgroepen. De complexiteit van de zorgverlening binnen de leefgroepen neemt toe, zeker indien de instelling tegemoet wenst te komen aan de individuele zorgvragen van de bewoners. Het afstemmen van de verschillende individuele zorgvragen van de bewoners en een bewonersgerichte manier van werken vragen een anders opgezette organisatie dan de taakgerichte organisatie. Deze verandering geldt zowel voor het werk in de leefgroep als op instellingsniveau (Kapteyn, 1989). Instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten zijn nog vaak taakgerichte organisaties. Veel beslissingen worden niet op leefgroepe niveau genomen maar in diensten buiten de leefgroep. Voorbeelden zijn

dat beslissingen over uitgaven voor bewoners worden genomen door een financiële dienst, beslissingen van huishoudelijke aard door de civiel-technische dienst en beslissingen over opvoedingskwesties veelal door de agogische dienst. Door deze wijze van organiseren is de groepsleiding uitvoerder van beslissingen van anderen uit de organisatie: de groepsleiding heeft weinig zeggenschap over de algemene doelstellingen van de zorg en over de concrete vormgeving van de dagelijkse zorg voor de bewonersgroep en/of de individuele bewoners.

Organisatieveranderingen die uitwerking willen geven aan de vragen van de groepsleiding en aan 'de-zorg-op-maat-gedachte' richten zich op het verminderen van het aantal hiërarchische niveaus. De organisatiestructuur wordt 'platter' en er worden meer verantwoordelijkheden en beslissingsbevoegdheden gedelegeerd aan de groepsleiding. De decentralisatievormen kunnen variëren van een beperkte beslissingsbevoegdheid en verantwoordelijkheid voor de groepsleiding van de leefgroepen tot zeer ver doorgevoerde zelfstandigheid.

Tenslotte is er nog een externe factor die een rol speelt. De verwachting is dat het tekort aan groepsleiding groter wordt, gezien de kleinere aantallen jongeren die in de toekomst tot de arbeidsmarkt toetreden en die vervolgens de keuze hebben uit vele (elkaar beconcurrerende) beroepen (Van der Windt: in Van Dijk e.a., 1992). Aandacht voor het beeld en de aantrekkelijkheid van het beroep van groepsleider is noodzakelijk. Hierbij kan gedacht worden aan de functie-opbouw en carrièremogelijkheden van het beroep van groepsleider. Professionalisering en verwachtingen omtrent de beroepsuitvoering vragen om een herbezinning op de organisatie. Bovendien wordt meer autonomie in het werk van de werknemers in brede kring genoemd als wapen tegen het ziekteverzuim (projectgroep WEIzijn Bij de Arbeid, WEBA, 1989)¹. Meer autonomie zou de tevredenheid van werknemers verhogen. Een hogere mate van tevredenheid zou leiden tot een betere kwaliteit van zorg, tot minder ziekteverzuim en zou van invloed zijn op het werven en behouden van personeel (Van Dijk e.a., 1992).

¹ De studie 'Functieverbetering en organisatie van de arbeid' is uitgevoerd in opdracht van het Directoraat-Generaal van de Arbeid door het Nederlandse Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO in samenwerking met het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden en het IVA, Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek, 1989.

Hoewel de drijfveren tot meer autonomie redelijk sterk te noemen zijn, waaronder zorg om blijvende kwaliteit centraal staat, zijn er ook tegengeluiden van mensen die vrezen dat met decentralisatie de controle op het werk van de groepsleiding afneemt.

Ontwikkelingen in de richting van toenemende autonomie van de groepsleiding roepen bij sommige besturen en directies van instellingen voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten vragen op over de kwaliteit van zorg. Zij vrezen de controle over de kwaliteit van zorg te verliezen en voorzien een mogelijke vermindering van de kwaliteit. Zonder nader autonomie en kwaliteit van zorg te omschrijven, geven zij te kennen dat zij het niet wenselijk achten dat in instellingen groepen onafhankelijk, los van het instellingsbeleid, gaan opereren en naar eigen inzichten zorg aan bewoners verlenen; leden van algemene besturen en directies menen daarmee de greep op de groepsleiding en op een goede zorgverlening kwijt te raken.

Een aantal besturen en directies van instellingen voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten ziet in een toenemende zelfstandige invulling van de zorg door lagere echelons een bedreiging voor de handhaving van de kwaliteit van zorg. Ook op het organisatorisch vlak verwachten zij problemen ten gevolge van het uit elkaar vallen van de instelling in losse groepen. Er is een vrees voor het ontstaan van eilandjes binnen de instelling waardoor de toegang tot en de controle op de verschillende leefgroepen van de instelling niet meer mogelijk zal zijn. Daarbij komt dat in de periode dat de aandrang tot meer autonomie toeneemt leden van algemene besturen en directies het ziekteverzuim van de groepsleiding zien toenemen² (NZI, 1987-1991).

Met name de bij besturen en directies bestaande vrees voor mogelijk kwaliteitsverlies ten gevolge van ontwikkelingen naar meer zelfstandigheid voor groepsleiding is in 1989 aanleiding geweest tot het opzetten van een onderzoek binnen algemene instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten waarin nagegaan wordt, of deze vrees gegrond is. Vragen die besturen en directies in dit verband stellen zijn: hoe ver kan autonomie van de groepsleiding in de leefgroepen gaan? Welke aspecten van het

² In 1987 was het gemiddelde ziekteverzuimpercentage van de categorie 'verpleegkundigen, verzorgenden en opvoedkundig personeel' in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten 7,8%, in 1988 8,8%. Bij leerlingen was het verzuimpercentage in 1987 4,6% en in 1988 5,6%.

werk dragen bij aan een betere afstemming van de zorg en de begeleiding op de individuele behoeften en welke niet? Welke beslissingen kunnen gedelegeerd worden aan groepsleiding zonder verlies van kwaliteit en welke niet? Komt de ontwikkeling in de richting van meer onafhankelijkheid van de groepsleiding de individuele behoeften van de bewoners in de instellingen, het leefklimaat en de kwaliteit van zorg ten goede? Speelt arbeidssatisfactie een rol in dit verband? Zou door meer autonomie de arbeidssatisfactie toenemen en hiermee de kwaliteit van zorg?

Kortom onzekerheden en vragen over de gevolgen van toenemende autonomie van de groepsleiding voor de kwaliteit van zorg en de mogelijke rol van arbeidssatisfactie in deze relatie hebben geleid tot het onderhavige onderzoek, waarin de relaties tussen autonomie, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie een centrale plaats innemen. Tevens werd voorgenomen de mogelijkheden na te gaan om decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in gewenste banen te leiden.

In een pilotonderzoek (Geelen en Kielema, 1988) naar autonomie van groepsleiding in een instelling³ voor verstandelijk gehandicapten wezen de resultaten in de richting van een positieve samenhang tussen autonomie en kwaliteit van zorg. Arbeidssatisfactie werd in dit onderzoek niet meegenomen en door het beperkt aantal onderzochte leefgroepen konden interveniërende factoren niet onder controle worden gehouden en was het niet mogelijk uitspraken te doen met een groter geldigheidsbereik. Hiervoor diende een groter aantal leefgroepen in het onderzoek betrokken te worden.

1.1.2 Doelstelling en globale vraagstelling

De doelstelling van ons onderzoek richt zich in de eerste plaats op de vraag of de vrees van besturen en directies dat grotere autonomie van groepsleiding de kwaliteit van zorg niet ten goede komt, terecht is of niet. Hierbij wordt niet gedacht aan een theoretisch antwoord maar aan een in de empirie getoetst antwoord. Om deze vraag te kunnen beantwoorden willen wij in de dagelijkse praktijk inzicht verkrijgen in de relaties tussen autonomie van

³ Het pilotonderzoek vond in 1987 plaats in De Winckelsteegh te Nijmegen, een instelling voor verstandelijk gehandicapten.

groepsleiding in algemene instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten enerzijds en kwaliteit van zorg anderzijds, en in de mogelijke rol die arbeidssatisfactie in deze relatie heeft.

Een tweede doelstelling is te achterhalen welke aspecten van autonomie een mogelijk positieve bijdrage leveren aan kwaliteit van zorg en welke een negatieve. Om deze doelstelling te bereiken zullen autonomie van groepsleiding, kwaliteit van zorg en ook arbeidssatisfactie geanalyseerd worden naar verschillende aspecten en dimensies. Door binnen de begrippen meer dimensies te onderkennen, gebaseerd op de praktijk van alledag, bieden de uitkomsten mogelijkheden te komen tot gedifferentieerde conclusies over de verbanden tussen autonomie van groepsleiding, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie van groepsleiding. Naar wij hopen bieden de inzichten handvatten voor beleidsmakers om nieuwe organisatiestructuren vorm te geven.

Wij formuleren de volgende globale vraagstellingen:

- welke effecten heeft een grotere mate van autonomie van de groepsleiding op de kwaliteit van zorg?
- welke rol speelt arbeidssatisfactie in de relatie tussen autonomie van groepsleiding en kwaliteit van zorg?
- welke aspecten van autonomie hebben een positieve bijdrage aan kwaliteit van zorg en welke een negatieve?

1.2 De centrale begrippen: autonomie, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie

De afzonderlijke begrippen autonomie, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie zijn niet onderwerp van deze studie, maar zoals eerder is beschreven de relaties ertussen en dan betrokken op groepsleiding en bewoners in algemene instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten.

Omdat de vraagstelling zich primair richt op de relaties tussen de centrale begrippen zullen wij deze eerst bespreken en vervolgens op de afzonderlijke begrippen ingaan. In paragraaf 1.2.1 beschrijven wij wat in de literatuur naar voren komt met betrekking tot relaties tussen autonomie van groepsleiding, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie. Wij beperken ons bij deze beschrijving tot de verstandelijk gehandicaptenzorg. In paragraaf 1.2.2 gaan wij vervolgens in op de afzonderlijke begrippen om voor onze vraagstelling tot een definiëring van de begrippen te komen.

Over de relaties tussen autonomie, kwaliteit van zorg en arbeids-satisfactie is in Nederlandse instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten nagenoeg geen onderzoek verricht. Er hebben wel enkele aan het onderwerp verwante onderzoeken plaatsgevonden die op een deel van de te onderzoeken relaties betrekking hebben. Ook buiten Nederland is er weinig onderzoek gedaan dat voor onze studie van belang kan zijn. Een reden hiervoor is een veelal afwijkende zorgorganisatie voor verstandelijk gehandicapten in Nederland in vergelijking met andere landen. Elders is de zorg voor verstandelijk gehandicapten veelal ondergebracht bij de psychiatrische behandeling of zorgverlening.

In het overzicht dat wij geven van voor onze vraagstelling relevante onderzoeken komt als eerste een inventarisatie van recent verrichte studies, samengesteld door Schoep (1989), aan de orde. Vervolgens wordt een aantal in Nederland uitgevoerde onderzoeken besproken, met name een door Damen (1972) verricht organisatieonderzoek waarin de organisatievorm als interveniërende variabele is opgenomen en drie evaluatie-onderzoeken van achter-eenvolgens Catshoek (1983), Abrahams-van der Korst (1983) en Seys (1987) die geheel of ten dele gericht zijn op de zorguitvoering zelf. Uitvoerig bespreken wij een in het Verenigd Koninkrijk breed opgezet onderzoek van MacEachron e.a. (1985), naar de relaties tussen de voor ons van belang zijnde centrale begrippen. Vervolgens noemen wij enkele onderzoeken die decentralisatie in relatie tot kwaliteit van zorg als onderwerp van studie hebben. Tenslotte wordt een recent in Nederland ontwikkeld instrument voor het meten van de kwaliteit van de arbeid (WEBA, 1990) besproken. Dit instrument is een illustratie van het maatschappelijk belang dat gehecht wordt aan onder andere een verdergaande autonomisering voor werknemers, waarbij men tevens verwacht dat de produktiviteit (lees kwaliteit van zorg in ons verband) toeneemt.

Schoep (1989) heeft een literatuurstudie verricht naar de ideale omvang van instellingen voor verstandelijk gehandicapten in relatie tot kwaliteit van zorg. Hierin vermeldt hij dat verschillende auteurs als Van Gennep (1982), Abrahams-van der Korst (1983)

en Seys (1987) concludeerden dat er geen rechtstreeks verband is tussen de omvang van de instelling en de kwaliteit van zorg maar dat de kwaliteit van de verleende zorg wordt beïnvloed door het 'type' inrichting, of anders gezegd door de organisatiekenmerken. Vergelijkend onderzoek heeft plaatsgevonden door Van Gennep (1989) om de relaties tussen het type voorziening (algemene instellingen, sociowoningen, gezinsvervangende tehuizen) en de kwaliteit van zorg te beschrijven. Maar naar de effecten van organisatiekenmerken op de kwaliteit van zorg is slechts weinig onderzoek verricht, concludeert Schoep (1989).

In Nederland richtte Damen (1972) de aandacht op het belang van de organisatievorm in relatie tot de kwaliteit van de verleende zorg. Hij vergeleek twee instellingen, één gekenmerkt door flexibele technologie, de andere door routinematige technologie. Onder technologie verstaat Damen, in navolging van de organisatiesocioloog Perrow, 'de wijze waarop het geheel van handelingen door een functionaris wordt verricht ten opzichte van een object'. Inderdaad bleek het verschil in technologie van beide instellingen gerelateerd te zijn aan verschillen met betrekking tot organisatiekenmerken. De instellingen verschilden qua invloedstructuur, coördinatie, communicatie, leiderschapstijl, verhouding staf-paviljoenspersoneel, bindingskracht en overplaatsingen van paviljoenspersoneel. De invalshoek die Damen kiest leidt tot de vraag: wat is de meest geëigende organisatievorm? "Onder bepaalde omstandigheden is een bepaald regieme meer adequaat dan een ander regieme. In het kader van deze redenering is het uiteraard van groot belang te specificeren onder invloed van welke omstandigheden een bepaald organisatietype effectiever is dan het andere", schrijft Damen. Hij beantwoordt deze vraag met behulp van de organisatiebegrippen van Burns en Stalker (1961). Zij onderscheidten een mechanisch en een organisch regieme. Wanneer de omstandigheden zowel binnen als buiten de organisatie stabiel zijn, wordt het mechanisch regieme het best van toepassing geacht. Wanneer er sprake is van een instabiele, veranderlijke, niet voorspelbare situatie, dan is het organisch regieme het meest effectief. Damen is van mening dat een instelling voor verstandelijk gehandicapten geconfronteerd wordt met veel onzekerheden en veranderingen. Daarom is een flexibele technologie noodzakelijk en stelt hij: "een zwakzinnigeninrichting dient gekenmerkt te zijn door een organisch regieme". Verandering van de

technologie en daarmee de feitelijke zorguitvoering blijkt effecten te hebben voor de kwaliteit van zorg.

Tabel 1.1 Kenmerken van de mechanische en organische organisatieregimes. Ontleend aan Damen (1972), tabel 51, p. 172.

	mechanisch	organisch
hierarchische structuur	eenduidig	minder eenduidig
afbakening van bevoegdheden en verantwoordelijkheden	strikt, formeel	minder strikt, formeel
dragen van bevoegdheden en verantwoordelijkheden	individuele functionaris	groep van functionarissen
basis van gezag	ambt, positie	deskundigheid
richting van de communicatie	vooral neerwaarts	tevens zijwaarts en opwaarts
inhoud van de communicatie	instructies, bevelen	informatie-uitwisseling, overleg

Het onderzoek van Catshoek e.a. (1983) betreft een verhuizing van bewoners "van een relatief hoog niveau" van een grote instelling naar kleinschalige woonvoorzieningen. De nieuwe woonsituatie betekende wonen in een kleine groep in een wijk in gewone huizen met eigen budgetten en voorzieningen, waar door groepsleiding zelf beslissingen genomen werden over voorkomende problemen; er is sprake van een genormaliseerde leefomgeving. Tien maanden na de verhuizing bleek dat er door de groepsleiding meer bewonersgericht omgegaan werd met de bewoners, bleek dat de zelfredzaamheid van de bewoners significant toegenomen, het storend gedrag van de bewoners significant afgenomen, de ouderparticipatie toegenomen en de arbeidssatisfactie van de groepsleiding groter geworden was. Geconcludeerd werd dat een genormaliseerde woonomgeving effecten had voor de wijze waarop groepsleiding met de bewoners omging waardoor positieve effecten optraden ten aanzien van de ontwikkeling van de bewoner (kwaliteit van zorg) en de arbeidssatisfactie van de groepsleiding. De genormaliseerde woonomgeving kwam voort uit een veranderde organisatieopzet.

Abrahams-van der Korst (1983) beschreef een nagenoeg analoog

onderzoek naar gedrag van bewoners en de begeleidingsstijl van groepsleiding bij een verandering van woonvorm. Bij de nieuwe woonvorm met meer privacy, ontwikkelde zich een andere, de dialogische, begeleidingsstijl. Deze begeleidingsstijl houdt in: uitgaan van de behoefte van de bewoners, aansluiten bij wat bewoners aangeven, ondersteunen en begeleiden van bewoners in hun zelfzorg en minder vanzelfsprekend zorg overnemen en nodig achten. De dialogische begeleidingsstijl werd daarna ook toegepast bij niet verhuisde bewoners. Beide groepen bewoners bleken na twee jaar gunstige ontwikkelingen te hebben doorgemaakt: een toename van sociale vaardigheden, verbetering van de onderlinge relaties en toename van het welzijn van de bewoners.

Ook Seys (1987) bleek in een experiment in staat het gedrag van de groepsleiding te beïnvloeden door op organisatorisch niveau veranderingen door te voeren. Het toevoegen van een groepsleider met een specifieke taak, het veranderen van het dagprogramma en het geven van feedback aan groepsleiding leidden er toe dat groepsleiding meer bewonersgericht omging met de bewoners, dat zij meer recreatief en stimulerend werkte en dat zij vaker initiatief tot interactie nam naar de bewoners toe. Gedragsverandering bij de ernstig en diep verstandelijk gehandicapte bewoners bleef echter uit.

MacEachron, Zober en Fein (1985) beschrijven een organisatie-experiment van een jaar. Gedurende het experiment zijn bewoners die naar een genormaliseerde woonomgeving verhuisden, vergeleken met bewoners die in een residentiële instelling verbleven. Na een jaar bleken de bewoners door het veranderen van hun omgeving, met name het veranderen van hun sociale omgeving, in de nieuwe behuizing op een hoger niveau te functioneren. De professionele hulpverlener bleek een cruciale rol te spelen in de kwaliteit van zorg voor de bewoners. MacEachron e.a. stellen dat het niet zozeer de kleinschaligheid is maar dat de kwaliteit van de arbeid inclusief de kwaliteit van de werkomgeving mogelijk de verklarende factor is voor de effecten van de organisatieverandering doordat de groepsleiding meer tevreden is en tevens gemotiveerd wordt om effectief en doelgericht op te treden. Uit ander onderzoek was al gebleken dat het inzetten van meer personeel niet uitmondde in betere zorg (in Nederland bevestigd door Seys, 1987) en dat personeelsgedrag relatief onafhankelijk was van de omvang

van de instelling (Landesman-Dwyer, 1981). MacEachron e.a. onderzochten de kwaliteit van de werkomgeving, de fysieke en sociale omgeving van de bewoners, het bewonersgedrag, het gedrag van de groepsleiding, de arbeidssatisfactie en de motivatie van de groepsleiding.

Ontwikkelingen van bewoners op verschillende gebieden, zoals onafhankelijk functioneren, huishoudelijke activiteiten, taal, verantwoordelijkheid en socialisatie, werden in het begin en aan het eind van het experiment vastgelegd.

De onderzoekers onderzochten de hypothese: "de fysieke verandering van de omgeving heeft een positieve invloed op de kwaliteit van de arbeid van het personeel en deze verbetering leidt vervolgens tot meer positief affectief gedrag van de groepsleiding, waardoor de bewoners beter gaan functioneren". Samenvattend bleek de conclusie te zijn dat met name de invloed op de besluitvorming een verklarende factor in positieve zin bleek te zijn voor de wijze van behandelen van bewoners en de arbeidssatisfactie van de groepsleiding. Ten gevolge van de verhuizing kreeg de groepsleiding meer invloed op de besluitvorming.

Andere resultaten die uit het onderzoek naar voren kwamen, waren:

- bewonersgericht gedrag van de groepsleiding is onafhankelijk van de arbeidssatisfactie en gemotiveerdheid van de groepsleiding;
- gedrag van de bewoners is eveneens onafhankelijk van de arbeidssatisfactie en gemotiveerdheid van de groepsleiding;
- naarmate de bewoners meer aangepast gedrag vertonen neemt het bewonersgeoriënteerd gedrag van de groepsleiding toe;
- een genormaliseerde leefomgeving hangt sterker samen met bewonersgericht gedrag van groepsleiding (uitvoering) dan met arbeidssatisfactie en motivatie van de groepsleiding;
- een genormaliseerde leefomgeving hangt samen met aangepast gedrag van de bewoners en zeer samen met bewonersgeoriënteerd gedrag van de groepsleiding;
- een lagere ratio groepsleiding/bewoner gaat samen met bewonersgeoriënteerd gedrag van de groepsleiding en met minder onaangepast gedrag van de bewoners.

Groepsleiding bleek een cruciale rol te spelen in de effectieve behandeling van bewoners. Deze rol is contingent aan de algemene behandelingsomgeving; een meer humane, genormaliseerde omgeving nodigt uit tot een meer individuele bejegening van de bewo-

ners. De omgeving waarin bewoners wonen en groepsleiding werkt, is in hoge mate van invloed op het gedrag van zowel bewoners als groepsleiding (MacEachron e.a., 1985).

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat decentralisatie een belangrijke voorwaarde is om tot een grotere medezeggenschap, een geringere specialisatie en een geringere formalisatie te komen (Raynes, e.a., 1979; King e.a., 1971). Medezeggenschap betreft het betrokken zijn in de beslissingen ten aanzien van het eigen werk. Een geringere specialisatie (taakgerichtheid) betekent dat de werkinhoud meer gevarieerd en minder hiërarchisch georganiseerd is. Een geringere formalisatie betekent dat de taak minder scherp omschreven is en er weinig regels zijn met betrekking tot de taakuitvoering. Volgens de sociotechniek van De Sitter (1982) leiden een geringere specialisatie en geringere formalisatie tevens tot een efficiëntere taakuitvoering. Met name deze factoren worden bepalend geacht voor een betere kwaliteit van zorg (Van Gennep, 1982); zij vormen tevens belangrijke aspecten met betrekking tot de arbeidssatisfactie (Berting en De Sitter, 1971). Het hebben van verantwoordelijkheid en medezeggenschap ten aanzien van het werk, het erkend worden in het werk en de inhoud van het werk zijn factoren die in belangrijke mate bijdragen aan arbeidssatisfactie (Berting en De Sitter, 1971). Wij komen hierop terug als wij het begrip verzelfstandiging uitvoeriger bespreken in paragraaf 1.2.2.1.

Hoezeer de gemoederen zich in brede kring bezig houden met problemen rondom arbeid illustreert de werkgroep WElzijn Bij de Arbeid. Door de werkgroep WElzijn Bij de Arbeid (WEBA) is naar aanleiding van de invoering van de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) in 1990 onderzoek verricht naar die factoren van de werkomgeving en organisatie die het welzijn bij de arbeid bepalen. Eén van de beroepen die zij analyseren is het verpleegkundig beroep, waarop wij later terugkomen.

De bepalingen van het welzijnsartikel bevatten ondermeer 'ruimte voor de werknemer om het werk naar eigen inzicht te verrichten'; een bepaling die de autonomie in het werk expliciet stelt. Het verbeteren van het welzijn in het werk in de Arbowet komt niet alleen voort uit sociale motieven (zoals arbeidsvoldoening, medezeggenschap, ontplooiing van de werknemer) maar ook uit bedrijfseconomische motieven zoals flexibiliteit, het optimaal benut-

ten van aanwezige kwaliteiten van de werknemers en het voorkomen van verloop, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Daarnaast wordt veelal verondersteld dat de produktiviteit van werknemers toeneemt bij een hoger welzijn in het werk.

De WEBA richt zich op kenmerken van de functie-inhoud en de organisatie van het werk, die het welzijn van medewerkers kunnen beïnvloeden. Daarbij kan gedacht worden aan vragen als: Kunnen mensen comfortabel werken? Lopen ze de kans om psychisch overbelast te raken? Biedt het werk mensen de mogelijkheid zich te ontwikkelen? De vraag of een medewerker zelf tevreden is met het werk is in deze benadering niet direct relevant. Als conditionele benadering doet de WEBA geen uitspraken over het welzijn van functionarissen, maar over de welzijnsbedreigende kenmerken van de functie. In deze benadering staan twee begrippen centraal: stressrisico's en leermogelijkheden.

Het risico op stress wordt bepaald door de verhouding tussen regelvereisten en regelmogelijkheden. Een regelvereiste is een noodzaak tot regelend optreden die veroorzaakt wordt door gebeurtenissen tijdens het werk. Regelmogelijkheden zijn de mogelijkheden die het werk biedt regelend op te treden en problemen of storingen op te lossen. De drie belangrijkste regelmogelijkheden zijn autonomie, organiserende taken en contactmogelijkheden. Autonomie is een interne regelmogelijkheid, die men zelfstandig kan hanteren, de andere twee zijn externe regelmogelijkheden in samenwerking met anderen. Als een functie onvoldoende regelmogelijkheden bevat komt de functionaris voor problemen te staan die hij niet op een bevredigende manier kan oplossen, wat kan leiden tot overbelasting. Een functie moet dus een evenwicht bevatten tussen regelvereisten en regelmogelijkheden.

In WEBA gaat men ervan uit dat mensen de behoefte hebben of kunnen hebben zich te ontwikkelen en dat een functie leermogelijkheden moet bevatten. Leermogelijkheden zijn de mogelijkheden die het werk biedt aan de functionaris zich te ontwikkelen. Er zijn leermogelijkheden indien de functie een beroep doet op vaktechnische, organisatorische en communicatieve vaardigheden van de medewerker. Vaktechnische vaardigheden kan men ontwikkelen als de functie een logisch samenhangend geheel vormt van voorbereidende, uitvoerende en ondersteunende taken. Organisatorische vaardigheden worden zichtbaar via externe regelmogelijkheden. Communicatieve vaardigheden zijn nodig voor functionele contacten, sociale contacten en ondersteuning. Voor deze drie

vaardigheden geldt dat de benodigde informatie volledig, betrouwbaar en op tijd aanwezig moet zijn. Ook het kenmerk 'moeilijkheidsgraad' verwijst naar leermogelijkheden. Het geeft aan of de functionaris vaak voor niet-routineuze situaties komt te staan die om een creatieve oplossing vragen. Zo komt WEBA tot een zestal kwaliteitskenmerken: vaktechnische volledigheid, organiserende taken, moeilijkheidsgraad, autonomie, contactmogelijkheden en informatievoorziening over doel en resultaten van het werk. Tezamen bepalen deze kenmerken de kans op stress en de aanwezigheid van leermogelijkheden. De projectgroep heeft de kwaliteitskenmerken van verschillende functies bekeken. Ook het beroep van de verpleegkundige is geanalyseerd, zij het op een specifieke afdeling in een algemeen ziekenhuis. De situatieschets en de beoordeling van de functie zijn ook voor de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten van toepassing. Vanuit de WEBA gezien werd de functie van verpleegkundige als volgt beoordeeld:

- de functie bevat geen evenwichtige verdeling tussen voorbereidende, ondersteunende en uitvoerende taken;
- de functie bevat te weinig regeltaken zoals werkoverleg over beleids- en organisatorische zaken. Daarnaast is een aantal functionele contacten te vaak via het afdelingshoofd geregeld. Daardoor is een aantal regelproblemen niet op te lossen;
- de functie bevat voldoende niet-kortcyclische taken; er zijn geen kortcyclische taken;
- de functie bevat onvoldoende autonomie ten aanzien van het bepalen van tempo, werkplek en arbeidsomstandigheden;
- de functie bevat slechts een beperkt aantal contactmogelijkheden, er is nauwelijks tijd voor;
- de functionaris ontvangt voldoende informatie over de verpleegkundige handelingen en onvoldoende informatie ten aanzien van beleids- en organisatorische kwesties die de afdeling of het ziekenhuis betreffen.

De opbouw van de functie van verpleegkundige blijkt tekort te schieten en niet te voldoen aan de standaarden van de WEBA. De functie bezit te weinig autonomie en veel coördinerende zaken moeten via het afdelingshoofd plaatsvinden. De functie van verpleegkundige (groepsleiding) lijkt toe te zijn aan verandering.

Conclusie

Uit het voorgaande komt naar voren dat in Nederland in instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten, voor zover wij

hebben kunnen nagaan, niet eerder onderzoek is verricht naar de relaties tussen autonomie van groepsleiding en kwaliteit van zorg en een mogelijk interveniërende rol van arbeidssatisfactie. Er hebben wel onderzoeken plaatsgevonden met betrekking tot aspecten van onze vraagstelling. Er is een positieve relatie gevonden tussen een aspect van decentralisatie (invloed op de besluitvorming) en respectievelijk de kwaliteit van zorgverlening en de arbeidssatisfactie van groepsleiding. Tevens leverde een verruiming van taken (in een genormaliseerde woonomgeving) positieve resultaten ten aanzien van kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie. Arbeidssatisfactie is in deze onderzoeken niet onderzocht als een schakel tussen autonomie en kwaliteit van zorg, maar gevonden als resultaat van toenemende autonomie.

Het sturen van de kwaliteit van zorg wordt wel rechtstreeks in verband gebracht met de wijze van werken (technologie) van de groepsleiding en andere zorgverleners of indirect met de organisatorische randvoorwaarden die een bepaalde technologie mogelijk maken.

In de volgende paragraaf worden de centrale begrippen autonomie, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie, afzonderlijk besproken.

1.2.2 De centrale begrippen afzonderlijk

Na een bespreking in de vorige paragraaf van voor onze vraagstelling relevante onderzoeken op het terrein van de verstandelijk gehandicaptenzorg over mogelijke relaties tussen autonomie van groepsleiding, kwaliteit van zorg en de rol die arbeidssatisfactie hierin speelt, gaan wij vervolgens in op de afzonderlijke centrale begrippen van onze vraagstelling. Een uitputtende beschrijving van alle kenmerken, dimensies en eventuele onderzoeken betreffende deze begrippen staat ons niet voor ogen. Het is vooral een verkenning om tot een definiëring van deze begrippen in het licht van onze vraagstelling te komen en tevens operationele ingangen te vinden op basis waarvan deze begrippen in de praktijk van alledag in instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten gemeten kunnen worden.

Voor een uitwerking van het begrip autonomie is gezocht in de organisatie-theoretische literatuur. Autonomie (of zelfstandigheid) is een begrip dat vooral gebruik wordt om een extreme positie aan te geven op een schaal die de mate van zeggenschap en handelingsbevoegdheid aanduidt. Omdat we in de praktijk niet verwachten veelvuldig de extreme positie aan te treffen zijn we aansluitend bij de onderzoeksvraag op zoek gegaan naar het proces gaande van weinig autonomie naar meer (veel) autonomie. Dit proces is een proces van minder naar meer zeggenschap en meer handelingsbevoegdheid over zowel inhoud als omvang van zorgtaken. Voor zover dit proces de inhoud betreft is dit terug te vinden in de literatuur onder de noemer (de)centralisatie. Voor zover het de omvang betreft onder vergroting van de regelcapaciteit. Dit proces vatten wij samen onder één noemer en spreken verder van verzelfstandiging.

Decentralisatie

Decentralisatie wordt door Van Zuthem (1979) gedefinieerd als 'een proces waarin, binnen een machtshiërarchie, beslissingsbevoegdheid verschuift van een hoger naar een lager niveau'. Er is sprake van een proces, dat wil zeggen een ontwikkeling in de tijd. Bij deze definiëring is centralisatie het uitgangspunt. Er is een beslissingscentrum (machtscentrum) dat dwingend aan anderen een gedrag kan voorschrijven. Centralisatie wijst op het bestaan van een hiërarchie, waarbinnen een beperkte bevoegdheid is afgeleid van een meer omvattende bevoegdheid. Anders gezegd: er is een machtshiërarchie en dus een afhankelijkheidshiërarchie. Decentralisatie betekent een herverdeling van macht en afhankelijkheid. Het lagere niveau wordt in staat gesteld een eigen beleid te voeren waarbij een verscheidenheid van beleid nadrukkelijk wordt aanvaard (Peper en Welters, 1980). In het denkmodel van Van Zuthem (1979) is er sprake van een verschuiving van beslissingsbevoegdheden van een hoger naar een lager hiërarchisch niveau. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden in de aard van de verschuivingen:

- het al of niet omkeerbaar zijn van de verschuiving van de beslissingsbevoegdheden;
- het al of niet aanwezig zijn van een normering van de mate van verschuiving van de beslissingsbevoegdheden.

Van Zuthem (1979) komt op basis van bovenstaande onderscheidingen tot vier typen van decentralisatie:

- delegatie: omkeerbaar proces en genormeerde verschuiving;
- democratisering: onomkeerbaar proces en genormeerde verschuiving;
- coalitie: omkeerbaar proces en niet genormeerde verschuiving;
- atomisering: onomkeerbaar proces van decentralisatie dat niet genormeerd is. De verschuiving van de beslissingsbevoegdheden naar vele lagere niveaus is zover voortgeschreden, dat geen enkel machtscentrum in staat is dit nog terug te draaien, vooral vanwege het ontbreken van regels en afspraken waarop het machtscentrum zich kan beroepen.

Bij besturen en directies bleek er een grote vrees te bestaan voor het laatste type van decentralisatie. Roosenschoon (1986) gaat in op de problemen die zich kunnen voordoen in een ver doorgevoerde decentralisatievorm. Door de aanwezigheid van weinig samenhangende 'eilandjes' binnen de organisatie ontstaat het risico van fragmentatie en desintegratie van het instituut. Daarentegen wijzen de voordelen van een ver doorgevoerde decentralisatievorm in de richting van gemotiveerde, betrokken groepsleiding en een genormaliseerde leefomgeving van de bewoners.

Decentralisatie vindt niet zomaar plaats. Er liggen motieven aan ten grondslag. Uit onderzoek op het terrein van de bedrijfsdemocratisering (Van Zuthem, 1979) is gebleken dat met name efficiency en gedragsbeheersing belangrijke motieven voor het management zijn. Anders gezegd: men kiest democratisering als vorm van decentralisatie om een hogere produktiviteit en een betere beheersing van het gedrag van werknemers te verkrijgen. Motieven, strategieën vanuit lagere niveaus waar mensen proberen 'grip' te krijgen op hun eigen leef- en werksituatie, zijn er eveneens. Onzekerheidsreductie, de behoefte aan erkenning en aan zinvol werk moeten als motieven zeker niet verwaarloosd worden. Een voorbeeld hiervan is de professionaliseringstendens binnen de verpleging (Nieuwe Unie '91, 1992).

De motieven voor decentralisatie zijn volgens Van Zuthem (1979) voor een groot deel terug te brengen tot drie opvattingen, die in het denken over organisaties als centrale waardenstelsels fungeren:

- 1 De visie op de organisatie en de daaruit afgeleide organisatieprincipes. Met name gaat het hier om de wijze waarop gedacht wordt over de relatie doel-middel, gegeven het doel. Decentrali-

satie in welke vorm dan ook is dan een middel om doelen van de organisatie te bereiken, zowel voor het management als voor ondergeschikten.

- 2 De visie op de mens. Deze visie bepaalt mede, hoeveel macht en verantwoordelijkheid mensen willen of moeten hebben, wil er sprake zijn van een menswaardige situatie. Ook hier kan decentralisatie als een middel gezien worden, maar dan verbonden met het doel van mens-zijn of mens-worden.
- 3 De visie op verantwoordelijkheid en het belang ervan voor de zingeving. Waar ligt de verantwoordelijkheid voor de zingeving van produktie of dienstverlening of waar moet die verantwoordelijkheid liggen? Ook dit bepaalt mede de mate en de aard van machtspreiding en dus de keuze tussen delegatie, democratisering of coalitie.

Deze drie opvattingen of waardenstelsels zijn onderling afhankelijk en beïnvloeden elkaar. Het zijn geen onveranderlijke grootheden. In vele opzichten zijn zij in discussie gekomen. Met name het belang van verantwoordelijkheid voor de zingeving, verbonden met veranderde visies op de mens, zet de structuur van organisaties (en dus de machtsverdeling) onder druk (Van Zuthem, 1979). Deze waardenstelsels vindt men in afgeleide vorm eveneens terug in de doelstellingen van de projectgroep *Welzijn Bij de Arbeid*, *WEBA*; het creëren van zinvol, verantwoordelijk werk waarbinnen leerprocessen mogelijk zijn (*WEBA*, 1990).

Regelcapaciteit

De Sitter (1982, 1986) benadert arbeid en produktie in het perspectief van de integrale benadering of systeembenadering. Uitgangspunt van deze benadering is dat sociale en economische vereisten niet tegengesteld, maar complementair kunnen zijn en elkaar in de tijd versterken. Vernieuwingen op het gebied van de produktie- en arbeidsorganisatie in de richting van integratie kunnen de grenzen van de huidige organisatiestructuren overschrijden. Door deze vernieuwingen treden er verbeteringen op met betrekking tot efficiency en innovatief prestatievermogen, waardoor produktiviteit en flexibiliteit kunnen toenemen. Voorts kunnen spanningen op de arbeidsmarkt opgeheven worden en worden arbeidsverhoudingen beter beheersbaar.

De integrale benadering vat een organisatie of een arbeidssysteem op als een proces dat een input, transformatie en een output heeft en uit verschillende deelprocessen bestaat, die in de tijd op een

bepaalde manier gekoppeld zijn. In zo'n proces gaan er altijd twee functies samen, namelijk a) regulering: selectie van relaties, en b) uitvoering: realisering van relaties. De uitvoering is het feitelijke transformatieproces waarbij de input omgezet wordt in output; in een productiebedrijf de bewerking van materiaal, in een dienstverlenend bedrijf de dienstverlening. Door het reguleringsproces vindt de uitvoering of de dienstverlening op de gewenste wijze met het gewenste resultaat plaats. Fluctuerende input of problemen tijdens de uitvoering worden gereguleerd zodat het gewenste resultaat wordt behaald.

De kern van de benadering van De Sitter richt zich op de mogelijkheden die in een arbeidssysteem aanwezig dienen te zijn om zowel de productie(- of dienstverlenende) processen als ook de individu- en groepsgebonden processen ongehinderd voortgang te doen vinden. De productie-organisatie en daarmee de arbeidsorganisatie is op een geïntegreerde wijze georganiseerd. Dit wil zeggen dat diegene die uitvoert zelf regelt en in belangrijke mate zelf controleert of het produkt of de dienstverlening voldoet aan de verwachtingen in plaats van stafdiensten die ver van de uitvoering afstaan. De aanwezigheid van regelcapaciteit in het werk staat hierbij centraal. Dit wil zeggen dat men zelf beschikt over de mogelijkheid problemen op te lossen die zich in de uitvoering van het werk kunnen voordoen in plaats van een beroep te moeten doen op andere (staf)diensten. Hiervoor zijn kennis, vaardigheden en handelingsalternatieven nodig. De mate van regelcapaciteit die noodzakelijk of gewenst is, staat in verhouding tot een van de omgevingscomplexiteit afhankelijke regelbehoefte (werkdruk). De werkdruk en de regelcapaciteit dienen in evenwicht met elkaar te zijn om van "goede" arbeid te kunnen spreken. Door het vereenvoudigen van de organisatiestructuur en het wijzigen van de arbeidsverdeling, in de richting van geïntegreerde uitvoerende en regulerende functies, neemt de complexiteit van de input per productie-eenheid af en de flexibiliteit en regelbaarheid van de productiegang per productie-eenheid toe. Er zijn met andere woorden minder normen (regels) en meer handelingsalternatieven; de werkdruk vermindert en de regelcapaciteit neemt toe.

In het algemeen bepaalt de arbeidsverdeling hoe de relaties tussen de uitvoerende en regulerende functies zijn. Onder arbeidsverdeling wordt de manier verstaan waarop uitvoerende en regulerende

functies onder mensen zijn verdeeld en uitvoering en regeling in deelfuncties zijn gesplitst. Zowel de regulerende functies als de uitvoeringsprocessen (deelbewerkingen, per produkt, markt) kunnen gesplitst zijn.

De efficiency en effectiviteit van de regulering worden bepaald door de manier waarop de reguleringsactiviteiten zijn gekoppeld aan het uitvoeringsproces; het eigenlijke object van regulering. Hoe ingewikkelder die koppeling is, hoe slechter de regulering.

De arbeidsverdeling kan betrekking hebben zowel op groepen van mensen als op individuele personen. De arbeidsverdeling bepaalt in hoge mate de complexiteit van de informatieverwerking binnen een organisatie. De complexiteit begrenst daarmee de effectiviteit en efficiency van de productiebesturing. De complexiteit komt langs twee wegen tot stand:

- via de weg van scheiding van regulering en uitvoering: de scheiding van het zogenoemde hoofdwerk van het handwerk;
- via de splitsing van uitvoering en regulering in kleinere deelproductieprocessen.

De gevolgen van de complexiteit kunnen eveneens vanuit deze twee wegen besproken worden. Storingen in het productie- (of dienstverlenings)proces nemen toe doordat de regulering en uitvoering in gescheiden taken zijn ondergebracht of zelfs opgedeeld zijn in deeltaken. Voorbeelden van storingen en storingskansen ten gevolge van arbeidsdeling kunnen zijn:

- het niet waarnemen van relevante gebeurtenissen;
- gebrekkige informatieverwerking en -verstrekking;
- overbelasting van de centrale regelaar met als gevolg dat informatie wordt genegeerd vanwege de complexiteit ervan;
- storingskansen indien er onvoldoende coördinatie plaatsvindt tussen de functionele specialisaties en specialisten;
- hoe groter de arbeidsverdeling, hoe meer werknemers, des te meer er afgestemd moet worden en hoe groter het productievolume is bij een gelijkblijvende produktiviteit;
- grotere arbeidsverdeling die leidt tot een langere produktietijd.

Samengevat: de storingskansen en storingsgevoeligheid nemen toe naarmate er meer splitsing in taken is. Bovendien versterkt het nadeel zichzelf (multiplier-effect). Verdergaande splitsing van arbeid vraagt steeds meer coördinatie. De centrale regelaar kan hierdoor overbelast raken, zodat er verder wordt gesplitst, waardoor weer meer storingskansen ontstaan.

Conclusie

Als wij terugblikken op de aanleiding waarom wij de effecten van toenemende autonomie van groepsleiding op de kwaliteit van zorg onderzoeken, kunnen wij constateren dat leden van algemene besturen en directies vooral vrezen voor de onomkeerbaarheid van de opgang zijnde processen. Deze onomkeerbaarheid beschrijft Van Zuthem bij de decentralisatietypen democratisering en atomisering.

Democratisering verwijst naar een voortschrijdend proces dat niet te keren valt. In de ene instelling kan het van bovenaf geïntroduceerd zijn om een betere beheersing en efficiency te verkrijgen. In een andere instelling kan het van onderop uit de organisatie verworven zijn om meer 'grip' te krijgen op de eigen werksituatie.

Voor het decentralisatietype atomisering is de vrees waarschijnlijk het grootst. Er ontstaan autonome leefgroepen, die zich niet meer verbonden weten met de totale instelling. Niemand heeft meer greep op de onafhankelijke 'eilandjes' en dit zou, zo wordt verondersteld, nadelig uitwerken voor de bewoners. Deze situatie kan zich voordoen indien de doelen van de organisatie en daarmee de doelen van delen van de organisatie niet duidelijk zijn. Het creëren van speelruimte binnen de werkplek kan dan doel op zichzelf worden. Het resultaat van werken van een deel van de organisatie is niet meer verbonden aan andere delen van de organisatie.

Om tot een definiëring te komen van toenemende autonomie van groepsleiding hebben wij autonomie in het werk vertaald in twee processen die zich in de praktijk tegelijkertijd voordoen. Enerzijds is er sprake van een decentralisatieproces en anderzijds is er sprake van een proces in de richting van taakverruiming waardoor er meer regelcapaciteit voor de groepsleiding kan ontstaan. Het ene proces legt het accent op de zeggenschap, verantwoordelijkheden en bevoegdheden betreffende een taak of takenpakket. Het andere proces benadrukt de breedte van het takenpakket waarvoor men verantwoordelijk is.

Vervolgens doet de vraag zich voor hoe deze begrippen zich vertalen naar de organisatie van de intramurale verstandelijk gehandicaptenzorg.

Volgens de definiëring van Van Zuthem (1979) houdt decentralisatie in dat er een proces gaande is, waarbij beslissingsbevoegdheid en verantwoordelijkheid verschuiven van een hoger hiërarchisch niveau in de instelling naar een lager niveau, voor dit on-

derzoek de leefgroep. Dit wil zeggen dat er binnen de machts- en afhankelijkheidshiërarchie in de instelling een verandering in de verdeling van macht en afhankelijkheid plaatsvindt. Voor de leefgroep betekent dit dat zij meer beslissingsbevoegdheid en verantwoordelijkheid krijgt en daardoor meer autonoom wordt. Decentralisatie van beslissingsbevoegdheden en verantwoordelijkheden houdt in dat de leefgroep in staat wordt gesteld een eigen beleid te voeren wat gerespecteerd wordt.

Vanuit de systeembenadering van De Sitter (1982) heeft een leefgroep meer regelcapaciteit indien zowel de verantwoordelijkheid voor de regulering als de verantwoordelijkheid voor de uitvoering gelegen zijn bij de leefgroep. De aanwezigheid van regelcapaciteit houdt in dat de groepsleiding zelf de problemen die zich voordoen in het zorgverleningsproces, kan oplossen. Zij heeft er de kennis en vaardigheden voor en kan voortbouwen op eerder opgedane ervaringen.

Bij een combinatie van bovenstaande benaderingen van De Sitter en Van Zuthem betekent zelfstandigheid van de leefgroep dat de groepsleiding van de leefgroep onafhankelijk van anderen kan beslissen en handelen, beslissingsbevoegdheid heeft, verantwoordelijkheid draagt, mogelijkheden heeft problemen op te lossen en in staat gesteld wordt een eigen beleid te voeren. Het voeren van een eigen beleid geeft de groepsleiding mogelijkheden om het beleid af te stemmen op de specifieke behoeften van de bewoners van de leefgroep en tevens mogelijkheden om tegemoet te komen aan de toenemende eisen die aan de zorg aan bewoners gesteld worden.

Eerder zeiden wij dat autonomie vooral gezien wordt als een uiterste positie op een schaal. In de praktijk komt dit uiterste nauwelijks voor. Om zowel de processen die gaande zijn als de richting waarin deze processen zich ontwikkelen (van centraal naar decentraal en van weinig naar meer taken) aan te geven gebruiken wij verder de term verzelfstandiging. Een hoge mate van verzelfstandiging betekent een hoge mate van decentralisatie van verantwoordelijkheden en beslissingsbevoegdheden en de aanwezigheid van regelcapaciteit.

De mate van verzelfstandiging van groepsleiding kunnen wij vervolgens gaan bepalen door na te gaan over welke taakgebieden van de zorg groepsleiding zeggenschap heeft en de mate waarin

zij over deze taakgebieden zelf beslissingen neemt en zelf regelt onafhankelijk van andere onderdelen/afdelingen uit de organisatie.

1.2.2.2 Kwaliteit van zorg

Op het terrein van de gezondheidszorg houden velen, waaronder de overheid (WVC, 1991; NRV, 1990), zich bezig met kwaliteit van zorg. Gezien de diversiteit van de gezondheidszorg blijken velen zich te richten op specifieke sectoren in de zorgverlening (Casparie, 1992; Grol, 1994). Wij beperken ons tot toepassingen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten.

Het begrip kwaliteit van zorg is een multidimensioneel begrip dat niet zondermeer eenduidig te omschrijven valt. Als wij bovendien in ogenschouw nemen dat wij kwaliteit van zorg met name willen onderzoeken in relatie tot verzelfstandiging van groepsleiding en niet uit zijn op het ontwikkelen van een nieuw instrument om kwaliteit van zorg te meten, zijn wij genooddaakt voor de definiëring en voor het meten van kwaliteit van zorg terug te grijpen op in de literatuur beschreven definities en meetinstrumenten. Wij beperken ons bij het inventariseren ervan tot definities en meetinstrumenten die zijn toegepast in de zorg voor verstandelijk gehandicapten.

De beschrijving van de toepassingen hebben wij ingedeeld naar abstracte omschrijvingen, opsommingen van indicatoren, omschrijvingen gerelateerd aan doelen om kwaliteit van zorg te definiëren of aan te duiden en in meetinstrumenten waarmee de kwaliteit van zorg is gemeten.

Abstracte omschrijvingen

Quaadvlieg (1981) neemt een definitie van kwaliteit uit de profit-sector als uitgangspunt: 'de mate waarin de eigenschappen van een produkt beantwoorden aan de eisen, verwachtingen en behoeften van de gebruiker'. Hij noemt een aantal problemen die zich voor kunnen doen bij het gebruiken van deze definitie in de zorg voor verstandelijk gehandicapten:

- de gebruiker (de bewoner) kan eisen, verwachtingen en behoeften niet of nauwelijks kenbaar maken;
- de gebruiker verkeert in een afhankelijke positie ten aanzien van de dienstverlener;
- een groot aantal personen en instanties heeft verwachtingen

ten aanzien van de zorg voor verstandelijk gehandicapten, die niet altijd overeenstemmen (ouders, overheid, instituut).

Er is volgens Quaedvlieg (1981) geen sprake van één algemeen aanvaarde doelstelling voor de zorg van verstandelijk gehandicapten en dus ook niet van één algemeen aanvaarde kwaliteitsnorm om te toetsen. Elementen die volgens hem inhoud geven aan het begrip kwaliteit in de zorg voor verstandelijk gehandicapten zijn: het principe van de mensenrechten, de ontwikkelingstheorie, met in het verlengde daarvan het normalisatieprincipe, en de persoonlijkheidstheorie, waardoor er drie kwaliteitsniveaus zijn te onderscheiden, te weten:

- het niveau van de mensenrechten;
- het niveau van de levensomstandigheden;
- het niveau van de individuele persoonlijkheidsontwikkeling (Quaedvlieg, 1981).

Een met de bovenstaande definitie samenhangende, maar andere invalshoek is die waarbij het theoretisch kader voor kwaliteit van zorg gevormd wordt door het ontwikkelingsmodel en het normalisatieprincipe. Het ontwikkelingsmodel gaat ervan uit dat verstandelijk gehandicapten zich net als niet-verstandelijk gehandicapten kunnen ontwikkelen. Het normalisatieprincipe biedt daar goede mogelijkheden voor (Van Gennep, 1986). Het normalisatieprincipe kent drie dimensies:

- respect voor het individu;
- een bij de leeftijd passende omgeving;
- mogelijkheden tot deelname aan het gewone leven (Calis, 1987).

Snellen (1981) geeft aan dat voor het opstellen van kwaliteitsnormen er een kwaliteitsgebiedsafbakening nodig is. Of de vastgestelde kwaliteit 'goed' genoeg is, kan niet in absolute zin worden gezegd, maar kan beoordeeld worden op basis van vergelijking met het eigen verleden, andere instellingen en gegevens uit de literatuur.

Andere voorbeelden zijn:

- Donabedian (1982) definieert de kwaliteit van zorgverlening als de overeenkomst tussen de werkelijke zorg en van tevoren daarvoor geformuleerde standaarden en criteria. Hij onderscheidt standaarden en criteria betreffende de structuur, het proces en het produkt, respectievelijk structuur-, proces- en produkttoetsing via structuur-, proces- en produktcriteria (in Giebing, 1987, Van Weert, 1991);

- Kwaliteit verwijst altijd naar de relatie tussen wenselijkheid en werkelijkheid. 'Kwaliteit' kent verschillende dimensies, namelijk: voorwaarden, proces en resultaten.

Kwaliteitsmeting is het vaststellen van de mate waarin de feitelijke van de verleende zorg in overeenstemming is met of afwijkt van wat wenselijk geacht wordt of bedoeld is. De bedoeling kan verschillen bij diverse belanghebbenden (financiers, bewoners, ouders, groepsleiding, management, overheid) (Hollands en Van Bergen, 1987).

Indicatoren

Voorbeelden van omschrijvingen van kwaliteit van zorg waarbij indicatoren centraal staan, zijn:

- Pratt, Luszcz en Brown (1980) noemen als indicatoren van kwaliteit van zorg:
 - management van dagelijkse gebeurtenissen;
 - staf-bewoners taal interactie;
 - contacten van de bewoners met de gemeenschap;
 - fysieke omgeving van de bewoners.
- King, Raynes en Tizard (1971) noemen eveneens het management van de dagelijkse gebeurtenissen als indicator voor de kwaliteit van zorg.
- Raynes, Pratt en Roses (1977) zien de wijze van communicatie tussen groepsleiding en bewoners als een indicatie voor de kwaliteit van zorg.
- Schoep (1988) spreekt van plaatsvervangende kwaliteit. De kwaliteit wordt onder andere aan gedragsveranderingen gemeten. Helaas treden na kwaliteitsverbeteringen, zeker bij bewoners van 'laag niveau' niet altijd gedragsverbeteringen op. Gedrag kan dus blijkbaar niet altijd als indicator van kwaliteit gelden, onder andere doordat het niveau van de bewoner een belangrijke rol speelt. In dat geval zal iets anders als kwaliteitscriterium moeten dienen. Schoep constateerde bij verschillende auteurs plaatsvervangende kwaliteit:
 - Catshoek (1983) definieert kwaliteit als normalisatie;
 - Abrahams-Van der Korst (1983) definieert kwaliteit als dialogische omgangsstijl;
 - Damen (1972) definieert kwaliteit als flexibele technologie;
 - Siebesma (1983) en Van den Brink (1980) definiëren kwaliteit als het aantal functies van het instellingsterrein.
- Hollands en van Bergen e.a. (1990) benoemen de kwaliteit van

de verpleegkundige zorg als indicator van een goede kwaliteit van zorg. Aan de verpleegkundige zorgverlening zijn eisen gesteld waaraan deze moet voldoen om goed genoemd te mogen worden. Deze eisen zijn op het niveau van de hoofd- en deeltaken van de Z-verpleegkundige benoemd (Hollands, Van Bergen, Degenaar, Smits en De Veen, 1990).

Doelen

Voorbeelden waarbij de beschrijving van de kwaliteit van zorg gerelateerd wordt aan doelen, zijn:

- kwaliteit van zorg heeft een doel, namelijk vooruitgang in de ontwikkeling van de bewoners:
 - vooruitgang in gedrag en vaardigheden;
 - niet kwijtraken van positieve vaardigheden;
 - afleren van negatief gedrag.

De kwaliteit van institutionele zorg is hoog als bij een groep bewoners gewenst gedrag gevolgd wordt door veel aandacht en neutraal/ongewenst gedrag weinig staf-contact oplevert opdat positieve ontwikkelingen gestimuleerd worden en negatief gedrag afgeleerd wordt (Whatmore, Durward, Kushlick, 1975);

- beoordeling van de kwaliteit van zorgverlening veronderstelt het meestal uitgesproken, soms ook impliciete doel gewenst gedrag van bewoners te doen toenemen en tegelijkertijd het ongewenste gedrag te doen afnemen (Seys, 1987);
- een doel van de zorg voor de verstandelijk gehandicapten is de begeleiding en behandeling van de individuele bewoners. Van kwaliteit is sprake wanneer begeleiding en behandeling plaatsvinden; dit wil zeggen dat de flexibele technologie gehanteerd wordt in tegenstelling tot de routine-technologie (Damen, 1974).

Een zeer korte, samenvattende omschrijving is:

- Zorg is afhankelijk van het individu, adequate zorg is afhankelijk van individuele noden (Landesman-Dwyer, 1981).

Kwaliteit blijkt geen vaststaand gegeven te zijn maar varieert, afhankelijk van de visie die men aanhangt. Afhangelijk van de visie wordt de toets van kwaliteit gegenereerd. In Nederland kunnen grofweg vier benaderingen worden onderscheiden: het medisch model, het ontwikkelingsmodel, het acceptatiemodel en het normalisatie/integratie-denken.

Het medisch model legt de nadruk op het gebrek van de verstan-

delijk gehandicapte. Daarom wordt het ook wel 'defect-model' of 'defect-theorie' genoemd. In het medisch model wordt verstandelijk gehandicapt gedefinieerd als ziekte of stoornis. Er wordt gedacht in termen als behandeling en genezing, en diagnose en prognose zijn belangrijk.

Het ontwikkelingsmodel gaat uit van de mogelijkheden van de verstandelijk gehandicapte en benadrukt de overeenkomsten met de 'gewone' mens. Het accent ligt op ontwikkeling van de persoonlijkheid, op het aanbieden van ervaringsmogelijkheden, zodat de bewoner leerprocessen kan doormaken. In principe volgt de verstandelijk gehandicapte dezelfde ontwikkelingsgang als een gewoon mens, alleen trager, en hij komt dus op een lager niveau uit. En daarbij gaat het niet zozeer om cognitieve leerprocessen, als wel om ontplooiing van alle aanwezige mogelijkheden tot zelfverwerkelijking.

In het acceptatiemodel wordt het anders-zijn van een verstandelijk gehandicapte centraal gesteld. De nadruk ligt op zijn eigenheid en authenticiteit. Hij heeft recht op een bestaan in een eigen, op hem afgestemde leefwereld: de instelling. Daar hoeft de gehandicapte ook niet in een sociaal isolement terecht te komen, maar kan hij/zij relaties aangaan met gelijkgestemden.

Integratie wordt in Nederland vaak gescheiden van normalisatie, maar elders hangen beide ideeën sterk samen. Het streven naar integratie richt zich tegen de geïsoleerde ligging en de geslotenheid van de inrichtingen. Door fysieke en sociale isolatie missen de bewoners leerervaringen en lopen zij een ontwikkelingsachterstand op, is de invloed en de informatie van ouders onvoldoende, blijft de samenleving onbekend met verstandelijk gehandicapten en blijven vooroordelen bestaan. Door integratie van verstandelijk gehandicapten in de samenleving kunnen deze problemen worden verminderd. Normalisatie houdt in dat er leefpatronen en levensvoorwaarden geschapen worden voor verstandelijk gehandicapten, die zo dicht mogelijk staan bij de gemiddelde normen en patronen van de rest van de samenleving: scheiding van de drie levenssferen wonen, werken en recreëren; normale dag-, week- en jaarritmes; kleine leefgroepen (zoveel mogelijk van gezinsformaat); een hetero-sexuele (gemengde) omgeving; een woonsituatie zo dicht mogelijk bij het oorspronkelijke milieu.

Meetinstrumenten

Afhankelijk van hoe kwaliteit van zorg gedefinieerd is, worden er

verschillende instrumenten gebruikt om de kwaliteit van zorg te meten. Enkele, vooral in Engeland ontwikkelde instrumenten zijn van oudere datum, maar worden nog steeds gebruikt. Zij richten zich vooral op het vergelijken van verschillende woonvormen van verstandelijk gehandicapten. Daarnaast hebben wij een recenter in Nederland ontwikkeld meetinstrument opgenomen dat zich vooral richt op het op afdelingsniveau meten van verpleegkundige zorg, zoals die direct aan de bewoner verleend wordt.

Voorbeelden van instrumenten om de kwaliteit van zorg te meten zijn:

- Revised Resident Management Practice Scale (King, Raynes, Tizard, 1971). Dit instrument meet de mate waarin bewonersgericht omgegaan wordt met de bewoners door de groepsleiding.
- Index of Informative Speech (Raynes, Pratt, Roses, 1977). Deze index meet de mate waarin uitleg en informatie wordt gegeven aan de bewoners.
- Index of Community Involvement (Pratt, Luszcz, Brown, 1980). De schaal bestaat uit de oorspronkelijke schaal van Raynes, e.a. (1979) waaraan 7 nieuwe items zijn toegevoegd. Deze index meet de mate van integratie van de bewoners in de samenleving.
- Index of Physical Environment (Pratt, Luszcz, Brown, 1980). De schaal bestaat uit de oorspronkelijke schaal van Raynes, e.a. (1979) waaraan nieuwe items zijn toegevoegd. Deze index meet de mate waarin van de omgeving een stimulerende werking uitgaat, hetgeen een voorwaarde is voor bewoners om zich te kunnen ontwikkelen.
- The conceptual framework of operant conditioning (Skinner, 1953). Hierbij wordt van de premisse uitgegaan dat gedrag aangeleerd is. Voor elk gedrag valt er een stimulus aan te wijzen. Een stimulus voor bewonersgedrag is aandacht van de staf. Het instrument houdt een intensieve meting in waarbij de aspecten direct gerelateerd zijn aan vooruitgang van de bewoners. Om deze meting te kunnen verrichten moet:
 - a het gedrag van de bewoners geclassificeerd worden in gewenst en niet-gewenst gedrag;
 - b de aanwezigheid van aandacht van de staf moet duidelijk gedifferentieerd worden van afwezigheid van aandacht van de staf (Whatmore, Durward, Kushlick, 1975).
- 39 Steps (Gunzburg, 1973) en Revised 39 Steps (May, 1985).

Deze schalen hebben betrekking op de mate van normalisatie van de leefomgeving van de bewoners (Calis, 1987).

- Het meten van de kwaliteit van de zorgverlening door de tijdsbesteding van de groepsleiding na te gaan. Geobserveerd wordt de tijd die besteed wordt aan: organisatie, huishoudelijk werk, routinematige verzorging, stimulerende verzorging, ontwikkelingsgericht interactie-initiatief, recreatief interactie-initiatief, niets doen en pauzeren. De tijdsbesteding van groepsleiding en de kwaliteit van de interactie worden hierbij gerelateerd aan het bewonersgedrag. Dit gedrag wordt onderverdeeld in:
 - aangepast gedrag;
 - onaangepast gedrag;
 - stereotiep gedrag (Seys, 1987).
- Het meten van de verpleegkwaliteit in de zwakzinnigenzorg (Hollands, e.a., 1990). Bij het meten van de verpleegkundige zorgverlening is het functieprofiel van de Z-verpleegkundige uitgangspunt. Het functieprofiel is uiteengelegd in taken die tot de beroepsuitoefening van de Z-verpleegkundige behoren. Deze verzameling van benoemde taken is tot stand gekomen door middel van de delphi-methode. Op basis van literatuurstudie en consultatie van deskundigen boden de onderzoekers de panelleden (23 personen uit het zorgverlenende en voorwaarden-scheppende niveau) een drietal kaders aan ter ontwikkeling van het takenpakket van de Z-verpleegkundige, te weten: advies verpleegkundig beroepsprofiel (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1984); strategieën van Kok (Kok, 1979) en de eindtermen Z-opleiding (WVC, 1986). De antwoordmogelijkheden werden beperkt tot de keuze van één, of een combinatie van twee uit de aangeboden kaders. De combinatie van de 'strategieën van Kok' en de 'eindtermen Z-opleiding' genoot de voorkeur bij de panelleden. Deze twee kaders zijn vervolgens uitgewerkt tot één takenpakket voor de Z-verpleegkundige. Vanuit het vastgestelde takenpakket zijn criteria geformuleerd waaraan de uitvoering van de taak moet voldoen. De kwaliteit van de verpleegkundige zorg wordt op leefgroepniveau gemeten aan de hand van de zorg die direct aan de bewoner verleend wordt. Het meten van de kwaliteit vindt plaats door op basis van een lijst met criteria het schriftelijk materiaal met betrekking tot de bewoner te bestuderen, de groepsleider te interviewen over de noodzakelijk geachte algemene kennis en de kennis over de aanwezige bewoners en het observeren van

een dagelijks voorkomende situatie in de leefgroep zoals de maaltijdsituatie (Hollands, e.a., 1990).

In hoofdzaak richten de meetinstrumenten voor de kwaliteit van zorg zich op het meten van:

- de vooruitgang in de ontwikkeling van de bewoners;
- de condities waaronder ontwikkeling van de bewoners mogelijk is. Deze condities kunnen zowel gerelateerd zijn aan de omgeving als aan het gedrag van de groepsleiding;
- de normalisatiegraad van de leefomgeving van de bewoners. Vooral de mate waarin hun omgeving overeenkomt met de normale, in de samenleving voorkomende leefomgeving;
- de zorgverlening, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen de zorgverlening in algemene zin en specifiek gedrag van de groepsleiding.

Conclusie

Kwaliteit van zorg blijkt een relatief en normatief begrip te zijn. Relatief omdat een beoordeling van de kwaliteit plaatsvindt op basis van vergelijking in tijd en plaats, waarbij veelal een absolute maat ontbreekt. Normatief omdat er een waarde aan verbonden is, die overigens niet voor iedereen dezelfde hoeft te zijn. Over wat kwaliteit van zorg is, welke aspecten het betreft en wanneer er sprake is van goede kwaliteit kan men van mening verschillen. Verschillen kunnen voortkomen uit het gezichtspunt van waaruit men naar kwaliteit van zorg kijkt en uit verschillende belangen. Wat de een als gewenste kwaliteit ziet, kan door een ander als ongewenst beoordeeld worden. Er zijn blijkbaar subjectieve criteria. De criteria van de kwaliteit van zorg zijn afhankelijk van een achterliggende gedachte of visie.

Een punt waarmee rekening gehouden moet worden, is het doel waarom de kwaliteit van zorg wordt gemeten. Belanghebbenden in de zorg voor verstandelijk gehandicapten hebben verschillende doelen of redenen om kwaliteit van zorg te meten. De doelen kunnen variëren van kwaliteitsbewaking, vergelijking van resultaten van behandelingsmethoden of organisatietypen tot kostenbeheersing.

Vanwege de brede conceptuele diversiteit van het begrip kwaliteit van zorg, moeten wij voor dit onderzoek onze keuze afstemmen op het doel van het onderzoek. Het doel is na te gaan of verzelfstandiging van de groepsleiding resulteert in een kwalitatief betere

zorg. Zo ligt het voor de hand de kwaliteit van de zorgverlening van de groepsleiding in het onderzoek centraal te stellen. Wij gaan dus niet na of er veranderingen bij bewoners, variërend van gedragsverbetering tot vooruitgang in de ontwikkeling (de effecten van zorgverleners, zoals die tot doel gesteld worden in de omschrijvingen van kwaliteit die doelen willen bereiken) optreden. Wij hebben met name de kwaliteit van de zorgverlening door groepsleiding aan bewoners voor ogen; het proces van zorgverleners. Hiervoor zullen wij het instrument *het meten van verpleegkwaliteit in de zwakzinnigenzorg* toepassen. Wij komen hierop later terug.

Daarnaast gebruiken wij enkele instrumenten om de condities, waaronder ontwikkeling van de bewoners mogelijk is, te meten. Voldoen aan deze condities wordt zoals hierboven besproken veelal aangemerkt als voldoen aan kwaliteit van zorg.

1.2.2.3 Arbeidssatisfactie van groepsleiding

Eind tachtiger jaren, in de periode van de opzet van het onderhavige onderzoek, was er onzekerheid te bespeuren bij algemene besturen en directies van instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten over de op gang zijnde ontwikkelingen binnen de instellingen. Zij werden tegelijkertijd geconfronteerd met toenemende verzelfstandiging van groepsleiding en met toenemende verzuimcijfers binnen de groep verpleegkundigen, verzorgenden en opvoedend personeel. Zij vermoedden dat arbeidssatisfactie een rol speelde in de relatie verzelfstandiging van groepsleiding en kwaliteit van zorg en wel als volgt: verzelfstandiging zou invloed op arbeidssatisfactie hebben en arbeidssatisfactie op haar beurt zou invloed hebben op kwaliteit van zorg. Het vermoeden dat arbeidssatisfactie een rol speelt leek plausibel en kon niet zondermeer weerlegd worden. Het begrip wijst immers ook naar betrokkenheid van personeel. Derhalve is arbeidssatisfactie van de groepsleiding het derde centrale begrip in de vraagstelling.

Evenals kwaliteit van zorg is arbeidssatisfactie niet eenduidig gedefinieerd (Berting en De Sitter, 1971). Soms is arbeidssatisfactie gedefinieerd als resultante van een proces; afhankelijk van de aspiraties van het individu en de mate waarin daarin voorzien wordt. Anderen beperken zich volgens Berting en De Sitter (1971) tot

een operationele definitie: arbeidssatisfactie is het verschijnsel dat men indiceert met behulp van bijvoorbeeld de vraag: hoe tevreden bent u met uw huidige positie? Andere operationele definities zijn geformuleerd in termen van een inventarisatie van de onderwerpen waarop de arbeidssatisfactie betrekking heeft, zoals bijvoorbeeld de chef, de collega's, de taak zelf, het bedrijf, het salaris. Niet zozeer de feitelijke inhoud van de werkaspecten (salaris, mate van routine-arbeid, autonomie, relaties met collega's) zelf (Weisman e.a., 1981) bepaalt de satisfactie, maar veeleer de evaluatie hiervan door de betrokkenen.

De begrippen arbeidssatisfactie, arbeidsmoreel en arbeidsklimaat worden vaak door elkaar gebruikt en van verschillende betekenissen voorzien. Deze drie begrippen kunnen ingedeeld worden naar twee dimensies (Berting en De Sitter, 1971):

- 1 *Individu-groep*. Het begrip kan primair betrekking hebben op individuen of op groepen of collectiviteiten.
- 2 *Sentimenten-activiteiten*. Activiteiten hebben betrekking op gedrag. Sentimenten verwijzen naar houdingen en gevoelens van individuen welke tot uiting komen in communicatie met anderen (bijvoorbeeld met een interviewer).

Tabel 1 2 Schematische weergave van het denkmodel van Berting en De Sitter (1971)

	INDIVIDU	GROEP
SENTIMENT	arbeidssatisfactie	arbeidsklimaat
ACTIVITEIT	individueel gedrag	arbeidsmoreel

Het begrip 'arbeidssatisfactie' wordt gebruikt om de evaluaties door een persoon aan te duiden van de spanningsverhouding tussen wat hij met betrekking tot zijn arbeid verwacht en wat hij ervaart, en voor zover deze evaluaties in communicatie met anderen tot uiting komen. Arbeidssatisfactie verwijst niet naar groepsdoelen of groepsnormen, alhoewel deze wel een rol spelen bij het totstandkomen van individuele gevoelens. Arbeidssatisfactie is veelal een belangrijk onderdeel van het welbevinden van individuen of correleert er nauw mee (Berting en De Sitter, 1971).

In hun conceptie verwijst 'arbeidsmoreel' naar de mate waarin individuen als leden van een groep samenwerken om een groeps-

doel of groepsdoelen te bereiken. Kenmerken van een laag arbeidsmoreel zijn bijvoorbeeld: een groot verloop, hoge verzuimcijfers, het zich 'drukken' voor minder plezierige taken. Vaak zal een hoog arbeidsmoreel samenhangen met een redelijke mate van arbeidssatisfactie van de participerende leden, maar noodzakelijk is dat niet. Evenmin hoeft een laag arbeidsmoreel samen te gaan met dissatisfactie van de leden. Een geringe participatiegraad in de arbeidssituatie kan voor het individu de mogelijkheid scheppen zich te richten op individuele doelen, welke een groter bevredigingsvermogen kunnen hebben.

Onder het 'arbeidsklimaat' van een groep verstaan Berting en De Sitter (1971) de tot normen verdichte individuele gevoelens ten opzichte van objectieve gegevens in de arbeidssituatie. Er is een soort officiële instelling ten opzichte van het werk, een norm waaraan de enkeling zich niet kan onttrekken. Met andere woorden het klimaat wordt beschouwd als een kenmerk van een groep; de groepsopinie over de arbeidsomstandigheden.

Wij constateren dat de theorie over arbeidssatisfactie niet meer zo recent is. Een verklaring die wij hiervoor aantreffen bij Thierry (1989) is dat de begripsvorming rondom arbeidssatisfactie meer en meer ondergebracht is in motivatie-theorieën. Nogal wat theorieën over arbeidssatisfactie houden weinig meer in dan het onder woorden brengen van de manier waarop het begrip arbeidssatisfactie is gemeten en veel onderzoekers gebruiken arbeidssatisfactie op een a-theoretische manier. Als dit niet het geval is dan zijn de definities vaak weinigzeggend. In de ene definitie gaat het om het resultaat van de perceptie van een persoon dat de baan het mogelijk maakt belangrijke motieven (waarden) te verwezenlijken. In een andere definitie wordt gesproken over de prettige emotionele toestand die voortvloeit uit het realiseren van iemands motieven (waarden) in het werk. Anderen noemen attitudes, evaluaties en gevoelens, opbrengsten of omstandigheden, en weer anderen leggen de nadruk erop dat arbeidssatisfactie een globaal begrip is dat uit specifieke facetten bestaat. Volgens Thierry speelt arbeidssatisfactie eigenlijk in elke motivatie-theorie een rol en wel wanneer de vraag aan de orde is, in hoeverre een bepaalde behoefte is bevredigd of een belangrijk motief is gerealiseerd. Hij is zelfs voorstander van het opnemen van het begrip arbeidssatisfactie in een model of theorie over de motivatie van arbeidsgedrag en niet zo zeer voor een eigen zelfstandige theorie voor arbeidssatis-

factie. Daartoe geven volgens hem niet alleen de verschillende definities van arbeidssatisfactie aanleiding, maar vooral de constatering dat arbeidssatisfactie, in algemene of specifieke zin, een wezenlijke rol speelt in motivatie-theorieën. Arbeidssatisfactie geeft daarbij de mate aan waarin een persoon tevreden is met (aspecten van) zijn werk en werksituatie; het houdt in de mate waarin een behoefte is bevredigd, een motief is gerealiseerd en een doel is bereikt. Het begrip geeft een evaluatie weer. Ondanks dat arbeidssatisfactie niet eenduidig is gedefinieerd blijken de instrumenten waarmee arbeidssatisfactie wordt gemeten wel inzicht te geven in de mate van tevredenheid ten aanzien van de aspecten die zijn gemeten (Thierry, 1989).

Aspecten die bijdragen tot arbeidssatisfactie dan wel arbeidsdissatisfactie zijn door verschillende auteurs (Berting en De Sitter, 1971; Eijnatten, 1985; Vroom, 1964) benoemd.

Uit exploratief onderzoek uitgevoerd door Berting en De Sitter (1971) komen de volgende dimensies van arbeidssatisfactie naar voren:

- algemene satisfactie (in het leven),
- vertrouwen in de leiding (rechtvaardig, efficiënt en goede communicatie),
- ontwikkelingsmogelijkheden (belangrijkheid van het werk, identificatie met bedrijf/instelling en gelegenheid om vooruit te komen),
- toezicht (technische competentie van de chef en sociaal leiderschap),
- rechtvaardige behandeling van het personeel,
- werkomstandigheden (aard van de werkomgeving en mentale en fysieke eisen die het werk stelt),
- omgang met collega's,
- loon/salaris.

Uit toetsend onderzoek (Vroom, 1964 in Berting en De Sitter, 1971) komen de volgende determinanten van arbeidssatisfactie naar voren:

- de aard van het toezicht (leiderschap),
- medezeggenschap,
- relaties met collega's,
- taakinhoud,
- loon/salaris,
- promotiekansen,

- werktijden.

De theorie van Herzberg (in Van Hoof, 1985) toont aan dat sommige factoren, de zogenaamde 'satisfiers', indien aanwezig, vanaf een neutraal punt, de arbeidssatisfactie verhogen; afwezigheid leidt echter niet tot dissatisfactie. 'Satisfiers' zijn factoren als:

- eigen prestatie (met succes probleem oplossen),
- erkenning,
- het werk zelf (afwisseling),
- verantwoordelijkheid en promoties.

Het blijkt dat slechts een gering aantal factoren, die onderling nauw samenhangen, verantwoordelijk zijn voor gevoelens van voldoening en dus van arbeidssatisfactie. Deze factoren hebben vooral betrekking op de *inhoud van het werk* en leiden tot persoonlijke groei en zelfontplooiing.

Andere factoren daarentegen, de zogenaamde 'dissatisfiers', hangen nauw samen met ontevredenheidsgevoelens. Afwezigheid van deze laatste factoren leidt echter niet tot toename van de arbeidssatisfactie. 'Dissatisfiers' hebben vooral betrekking op de omgeving van de arbeid, niet op het werk zelf, zoals:

- ondernemingsbeleid,
- leiderschap van de directe chef,
- loon/salaris,
- interpersoonlijke relaties,
- zekerheid,
- materiële werkomstandigheden.

De factoren van arbeidssatisfactie en van arbeidsdissatisfactie zijn niet op een continuüm te plaatsen. De factoren van satisfactie zijn 'motivators' en de factoren van dissatisfactie kunnen gezien worden als 'hygiëne-factoren' (Herzberg e.a., 1959).

In relatie tot het onderzoek naar de mate van verzelfstandiging van groepsleiding en de effecten ervan spelen ons inziens leiderschap, medezeggenschap en de inhoud van de taak een rol.

Bij leiderschap staat de wijze van leiding geven centraal: niet de persoon van de leider, maar het dynamische proces van onderlinge beïnvloeding dat zich tussen personen afspeelt, wordt gezien als de essentie van het leiderschap. Leiderschap kent twee dimensies: het sociaal en het instrumenteel leiderschap. Het sociale leiderschap verwijst naar de wijze waarop relationele normen worden gehanteerd en het instrumenteel leiderschap verwijst naar de mate van initiëring van produktief gedrag. De wijze van leiding geven, met name de dimensie sociaal leiderschap hangt nauw sa-

men met gevoelens van arbeidssatisfactie.

Medezeggenschap is een structureigenschap die gaat over de mate waarin de werknemer invloed kan uitoefenen en inspraak kan hebben op zaken die voor hem van belang zijn. Medezeggenschap binnen de dagelijkse werkkring beïnvloedt de arbeidssatisfactie, de produktie en het verzuim in gunstige zin. Invloed op het werk en de zaken die voor de werknemer van belang zijn bevorderen in de regel de arbeidssatisfactie en de arbeidsmotivatie.

Wat de inhoud van de taak betreft tenslotte heeft herhaalarbeid een negatief effect op arbeidsmotivatie, ziekteverzuim, arbeidssatisfactie en geestelijke gezondheid. Ver doorgevoerde arbeidssplitsing in verschillende taken en hiërarchische niveaus wordt als negatief ervaren (Berting en De Sitter, 1971).

In de praktijk van het onderzoeken van arbeidssatisfactie doen zich een aantal veel voorkomende problemen voor waarmee rekening gehouden moet worden bij de interpretatie van de resultaten. Volgens Davis (1976) wordt voornamelijk de aanpassing van het individu aan de werksituatie gemeten in plaats van de satisfactie met het werk. Volgens een door dezelfde auteur geformuleerde 'IJzeren Wet' past iedereen zich na verloop van tijd aan of besluit te vertrekken. Dit betekent dat een samengestelde score op instrumenten die een algemene werkbeleving meten, in het algemeen hoog zal zijn. Andere kanttekeningen die samenhangen met het meetprobleem zijn: als men van een slechte, oude naar een betere, nieuwe werksituatie gaat, zal de werkbeleving naar alle waarschijnlijkheid positief zijn. Als men er daarentegen op achteruit gaat, zal die waarschijnlijk negatief uitvallen. Volgens Davis (1976) vormt de algemene werkbeleving een nauwelijks inhoudelijk te begrenzen concept. In een onderzoeksituatie kunnen deze aspecten door elkaar heen lopen. De vraag is steeds bij wie of op welk moment gemeten moet worden, gezien de individuele arbeidsgeschiedenis. Daar komt dan nog het probleem bij hoe precies te werk te gaan om "sociaal wenselijke" antwoorden zoveel mogelijk te vermijden (Eijnatten, 1985).

Conclusie

Voor de onderzoeksvragen van dit onderzoek waar het gaat om verzelfstandiging van leefgroepen in instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten, is met name het begrip **arbeidssatisfactie** uit het schema van Berting en De Sitter (1971) van belang.

Arbeidssatisfactie is een begrip dat betrekking heeft op de individuele beleving van de deelnemers aan het sociale functioneren en de factoren die dit bepalen. De waardering van deze beleving wordt gevormd in de spanningsverhouding tussen persoon en omgeving. Arbeidssatisfactie is een functie van een complex van variabelen, opgebouwd enerzijds uit een perceptie van de situatie, anderzijds gewaardeerd in het licht van bepaalde waarden, normen, verwachtingen en doeleinden. De mate van arbeidssatisfactie is sterk gebonden aan de wijze, waarop men de eigen sociale positie beleeft en hangt sterk samen met aspiraties en toekomstverwachtingen en de realisering daarvan.

Ondanks de vraagtekens die gezet worden bij de eventueel te verwachten effecten ten gevolge van meer of minder arbeidssatisfactie nemen wij arbeidssatisfactie toch op als centraal begrip in de vraagstelling. Wij streven hierbij niet na te komen tot één score voor een algemene werkbeleving maar de mate van arbeidssatisfactie op verschillende aspecten van het werk te onderzoeken; een operationele definitie in termen van een inventarisatie van aspecten waarop arbeidssatisfactie betrekking heeft. De mate van verzelfstandiging zal eveneens bestaan uit het analyseren van het werk op verschillende deelaspecten. Zo ligt het voor de hand, naast eerder genoemde reden, om dat ook bij het meten van arbeidssatisfactie te doen. Hierbij geldt het concept van Herzberg als leidraad, omdat dit concept een onderscheid maakt tussen aspecten die van invloed zijn op de motivatie en daarmee tot satisfactie kunnen leiden, en aspecten die indien zij niet voldoen aan de verwachtingen, leiden tot ontevredenheid.

1.2.3 Uitgewerkte probleemstelling

De algemene vraagstelling van het onderzoek is als volgt geformuleerd:

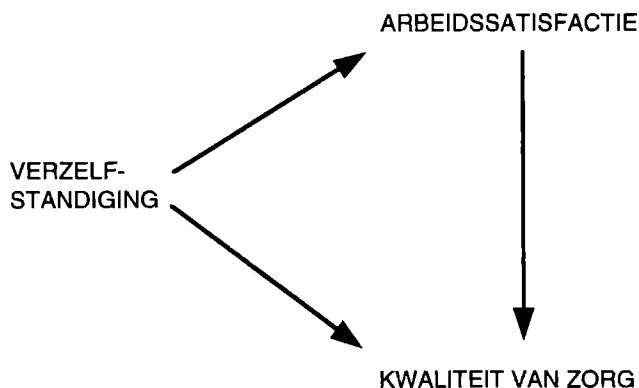
"Leidt in instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten verzelfstandiging van de groepsleiding tot een betere kwaliteit van zorg voor de bewoners en zo ja komt dat dan door een toegenomen arbeidssatisfactie van de groepsleiding?"

In dit onderzoek verstaan we onder verzelfstandiging van de groepsleiding een hoge mate van verantwoordelijkheden en be-

voegdheden, en de aanwezigheid van regelcapaciteit voor de groepsleiding. Onder kwaliteit van zorg verstaan we een volgens de normen verleende zorg door groepsleiding en de aanwezigheid van condities waaronder bewoners zich kunnen ontwikkelen. Arbeidssatisfactie van groepsleiding wordt opgevat als een positieve waardering door de leden van de groepsleiding van het sociale functioneren in arbeidsverband.

Ter toelichting van de algemene vraagstelling kunnen we uitgaan van figuur 1.1. Hierin is het schema gegeven van de door ons voorgestelde relaties tussen de centrale begrippen.

Figuur 1.1



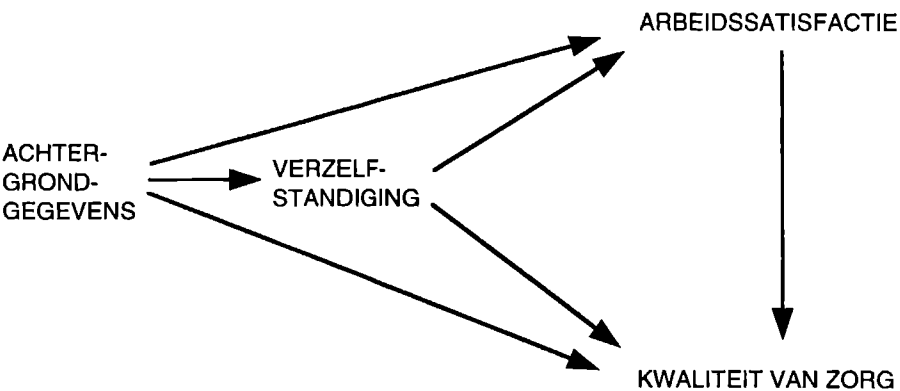
De pijlen in dit schema geven de richting van beïnvloeding weer. Zo heeft verzelfstandiging een invloed op arbeidssatisfactie en arbeidssatisfactie op haar beurt een invloed op de kwaliteit van zorg. Verder is er sprake van een directe invloed; de mate van verzelfstandiging kan rechtstreeks en niet via de arbeidssatisfactie de kwaliteit van zorg beïnvloeden.

Het eerste en tweede deel van de algemene vraagstelling is in termen van figuur 1.1 omschreven als:

- is er, direct of indirect via arbeidssatisfactie, sprake van een effect van verzelfstandiging op kwaliteit van zorg?
- zo ja, komt dat effect vooral op indirecte wijze via arbeidssatisfactie tot stand?

Om een antwoord op deze vragen te kunnen geven zullen we er rekening mee moeten houden dat andere factoren verbonden aan de leefgroepen en niet opgenomen in figuur 1.1, de relaties tussen verzelfstandiging, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden. Ze zijn slechts relevant in zoverre ze aan de processen afgebeeld in figuur 1.1 voorafgaan. We hebben daarom een aantal achtergrondgegevens toegevoegd, die op grond van eerder besproken onderzoeksliteratuur zoals leefgroepgrootte, groepsleiding/bewonerratio, gemiddelde leeftijd van de bewoners, gemiddelde opleiding van de groepsleiding, relevant zijn. Zonder hier nu al verder in te gaan op de specifieke invloed van deze achtergrondgegevens en de mate waarin ze aan de drie centrale begrippen gerelateerd zijn, completeren we figuur 1.1 door opname van de achtergrondgegevens. Figuur 1.2 toont het definitieve schema van de door ons veronderstelde causale verbanden dat in latere hoofdstukken als uitgangspunt van analyse van de data zal dienen.

Figuur 1.2



Naast beantwoording van de twee hoofdvragen verwachten wij antwoord te geven op een aantal specifieke vragen. Deze vragen hebben te maken met:

1 verzelfstandiging, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg.

- Welke verschillende aspecten van verzelfstandiging verhogen dimensies van kwaliteit van zorg?
- Welke verschillende aspecten van arbeidssatisfactie van de groepsleiding spelen een positieve rol tussen verzelfstandiging en kwaliteit van zorg?

2 achtergrondgegevens.

- Welke achtergrondgegevens zijn van invloed op verzelfstandiging van groepsleiding, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie?

3 beleid.

- Welke beleidsaanbevelingen kunnen naar aanleiding van de resultaten geformuleerd worden?

De mate van verzelfstandiging van de groepsleiding van de leefgroepen dient ten aanzien van een aantal nader te benoemen aspecten vastgesteld te worden, evenals de mate van kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie. Een gedifferentieerd beeld van de relaties, door deelaspecten van de centrale begrippen in de analyse te betrekken, levert, naar we verwachten, concrete aanwijzingen voor gericht beleid op.

Het soort vraagstelling bepaalt meestal het type onderzoek dat nodig is om een antwoord te krijgen (Albinski, 1981). Een survey-onderzoek ligt voor de hand als men wil weten hoe mensen denken over de eerste lijns-gezondheidszorg. Bij de vraag die wij ons gesteld hebben - is in instellingen voor verstandelijk gehandicapten verzelfstandiging van de groepsleiding gerelateerd aan kwaliteit van de zorg voor de bewoners? is er zo'n vanzelfsprekende band met een bepaald onderzoekstype niet en komen verschillende typen in aanmerking. Zo zou men kunnen denken aan een quasi-experimentele opzet waarbij in één of enkele leefgroepen van één instelling een verzelfstandigingsbeleid ten aanzien van de groepsleiding bewust ingevoerd wordt en vóór en na de invoering arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg op een kwantitatieve wijze worden vastgesteld en vergeleken. Diverse varianten van een dergelijke opzet zijn denkbaar. Ook zou het mogelijk zijn een meer kwalitatieve casestudie te doen waarin het verzelfstandigingsproces in een of twee leefgroepen gedurende een lange periode continu gevolgd wordt en bestudeerd in zijn effecten op andere verschijnselen.

Het nadeel van dergelijke opzetten is dat zij beperkt blijven tot één of slechts enkele gevallen en daarmee geen breed perspectief bieden op wat in Nederlandse instellingen op dit terrein gaande is. Omdat het onderzoek moest aansluiten op beleidsvragen heeft van meet af aan ons juist een breedte-studie voor ogen gestaan waarin een groot aantal leefgroepen voor verstandelijk gehandicapte personen vergeleken wordt naar de genoemde drie begrippen verzelfstandiging, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg.

Het op ruime schaal vergelijken van de processen die zich tussen deze kernbegrippen afspelen, maakt een kwantitatieve benadering noodzakelijk hetgeen vereist: een duidelijke keuze van de onderzoekseenheid, een zorgvuldige selectie van in het onderzoek op te nemen eenheden, een gestructureerde wijze van informatieverwerving en het ontwikkelen van meetinstrumenten waarmee bij alle onderzoekseenheden is vast te stellen in welke mate de theoretische constructen van verzelfstandiging, arbeidssatisfactie

en kwaliteit van zorg op hen van toepassing zijn. Een toelichting op de gebruikte meetinstrumenten komt in hoofdstuk 3 aan de orde. In dit hoofdstuk behandelen wij de steekproeftrekking en de dataverzameling.

2.1 Onderzoekseenheid, definitie en selectie

De centrale begrippen van ons onderzoek hebben niet alle drie betrekking op één categorie personen. De begrippen verzelfstandiging en arbeidssatisfactie hebben betrekking op hen die de leiding hebben. Het begrip kwaliteit van zorg echter heeft een ruimere toepassing. De zorg wordt weliswaar verleend door de groepsleiding, maar object van zorg zijn de bewoners. Voor de kwaliteitsbepaling zullen derhalve ook gegevens nodig zijn over de bewoners van de leefgroep. We hebben daarom gekozen voor de leefgroep als eenheid van onderzoek.

De leefgroep wordt gevormd door groepsleiding én bewoners die gesitueerd zijn in een ruimte waar bewoners wonen en de groepsleiding werkt. In dit onderzoek moeten derhalve de variabelen, verzelfstandiging van de groepsleiding, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg gezien worden als eigenschappen van de onderzoekseenheid, de leefgroep. Een belangrijke overweging die bij de selectie van leefgroepen, mee heeft gespeeld is dat in de te selecteren leefgroepen de genoemde variabelen voldoende moeten variëren. Om met name de kans op spreiding in de mate van verzelfstandiging te vergroten is de keuze gemaakt leefgroepen uit verschillende instellingen in het onderzoek te betrekken omdat we veronderstelden dat binnen één instelling, gezien een instellingsbeleid, een niet al te grote spreiding in de mate van verzelfstandiging zal voorkomen.

Om tot redelijk betrouwbare uitspraken te kunnen komen en rekening houdend met de beschikbare middelen werd voorgenomen minimaal 60 leefgroepen in het onderzoek op te nemen. Bij voorkeur zouden we een toevalssteekproef getrokken hebben uit alle landelijke leefgroepen, gestratificeerd naar de mate van verzelfstandiging die de instellingen voorstaan. Door het ontbreken van landelijke gegevens hieromtrent kon deze werkwijze niet worden gevolgd. Bovendien moest een toevalsselectie achterwege blijven

omdat de deelname van de instellingen gebaseerd moest zijn op vrijwilligheid en interesse in de doelstelling van het onderzoek. Leden van de begeleidingscommissie hebben twaalf instellingen bereid gevonden te participeren in het onderzoek. Zij verwachtten dat met deze twaalf instellingen een redelijke spreiding in de mate van verzelfstandiging bereikt zou zijn.

De keuze van de leefgroepen vond verder getrapt plaats. Dit wil zeggen dat er uit een cluster, namelijk de instelling, de leefgroepen gekozen werden. Per instelling zouden, indien realiseerbaar, telkens twee leefgroepen uit drie zorgniveaus gekozen worden, te weten: twee leefgroepen met bewoners van hoog niveau in terrein- of fasewoningen op de rand van het terrein, twee leefgroepen met bewoners van een midden niveau die overwegend ambulant zijn en twee leefgroepen met bewoners met een laag niveau die niet ambulant zijn. De twee laatstgenoemde zorgniveaus zijn gekozen omdat daarmee een groot deel van de bewonerspopulatie in de instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten vertegenwoordigd is (PIGG88, 1989). De keuze van deze zorgniveaus is gebaseerd op het gegeven dat uit elders verricht onderzoek blijkt, dat met laag niveau bewoners minder bewonersgericht omgegaan wordt en dat zij vaak in een minder stimulerende omgeving verblijven (Van Gennep, 1982). De leefgroepen in de terrein- of fasewoningen in het onderzoek betrekken is van belang vanwege de overwegend anders gerichte doelstellingen van deze leefgroepen.

De keuze van de leefgroepen per instelling vond plaats in samenspraak met de door de instelling aangewezen contactpersoon (directie/beleidsteam/hoofd verpleging/verzorging). Bij de keuze is verzocht rekening te houden met de continuïteit van het functioneren van de leefgroep. Dit hield in dat er geen leefgroepen geselecteerd werden waar kort vóór het onderzoek veel veranderingen hebben plaatsgevonden. Het merendeel van de instellingen kon bij de keuze van de leefgroepen voldoen aan alle voorwaarden. Van de twaalf geselecteerde instellingen zouden samen 69 leefgroepen aan het onderzoek deelnemen: elf instellingen met zes leefgroepen, één instelling met drie leefgroepen. De reden waarom in deze laatste instelling slechts drie leefgroepen gekozen werden, was de beperkte keuze in leefgroepen die aan de voorwaarden konden voldoen. In een andere instelling deden zes leefgroepen uit twee zorgniveaus mee omdat het derde zorgniveau niet aanwezig was.

Van de twaalf instellingen die ingestemd hebben mee te doen, hebben uiteindelijk elf instellingen geparticipeerd. Eén instelling is uitgevallen, omdat zij op grond van het instellingsbeleid in het kader van de privacywetgeving geen inzage in de dossiers van de bewoners kon geven. Omdat deze afzegging op een laat tijdstip bekend is geworden, was het niet mogelijk een nieuwe instelling te benaderen. Eén leefgroep in één instelling is uitgevallen omdat in het beschikbare tijdsbestek geen afspraken gemaakt konden worden met de daar aanwezige groepsleiding.

Instellingen

Van de elf deelnemende instellingen (negen met zes leefgroepen, één met vijf en één met drie leefgroepen) hebben er vier een specialisatie. De genoemde specialisaties zijn: autisme, gedragsproblematiek, ouderen en observatie-diagnose centrum. De meeste instellingen geven aan dat er plaatsen voor crisisopnamen zijn. Het aantal plaatsen binnen een instelling voor crisisopname is flexibel. Weekendopnamen en vakantieopnamen zijn in tien instellingen mogelijk. Het aantal plaatsen dat hiervoor beschikbaar is, verschilt per instelling en kan in de loop van een jaar variëren. In de tabellen 2.1 en 2.2 zijn enkele gegevens per instelling opgenomen.

De formele beddenscapaciteit van de instellingen varieert van 145 tot 551 bedden en het aantal leefgroepen per instelling varieert van 13 tot 46. Er zijn vijf instellingen met een overwegend mannelijke populatie (>80%). Eén instelling heeft een overwegend vrouwelijke populatie.

Tabel 2.1

Instellingsgegevens. Geclassificeerde beddenscapaciteit*, gemiddelde leefgroepgrootte, gemiddelde bewonersleeftijd, percentage vrouwelijke bewoners en het percentage vrouwelijke groepsleiding per instelling.

In- stel- ling	geclassifi- ceerde bed- denscapaci- teit	gemiddelde leefgroep- grootte (bewoners)	gemiddelde bewoners- leeftijd	percentage vrouwelijke bewoners	percentage vrouwelijke groepslei- ding
1	3	12.6	46	11.6	69.9
2	3	9.6	29	47.6	89.8
3	3	11.3	37	97.7	niet bekend
4	5	11.2	niet bekend	48.0	85.1
5	5	11.2	33	37.5	77.8
6	4	11.4	55	19.2	68.9
7	6	12.8	45	4.9	33.2
8	5	9.9	33	37.1	88.5
9	4	8.7	31	48.9	niet bekend
10	2	11.2	58	16.2	69.1
11	4	11.6	39	0.3	niet bekend

* Voor de waarborging van de anonimiteit is de beddenscapaciteit geclassificeerd. Klasse 1 loopt van 1 tot en met 100, klasse 2 van 101 tot en met 200, klasse 3 van 201 tot en met 300, etc.

Zoals te zien is in tabel 2.2, is er een grote spreiding in het aantal bewoners per staf lid. Het aantal bewoners per lid groepsleiding verschilt eveneens tussen de instellingen. Waardoor deze verschillen zijn te verklaren is niet uit de gegevens te halen, behalve dat het beleidskeuzen van de instellingen zijn.

Twee instellingen hebben geen leerling Z-verpleegkundigen in dienst. Bij drie instellingen is het ziekteverzuimpercentage van de woon-/verplegingsdienst, waarin de groepsleiding is opgenomen, niet bekend.

Tabel 2.2 *Instellingsgegevens. Aantal bewoners per arts, gedragswetenschapper, maatschappelijk werkende, activiteitenbegeleiding en groepsleiding, percentage Z-verpleegkundigen op vaste formatie voor begeleiding, percentage Z-leerlingen op vaste formatie voor begeleiding en het ziekteverzuimpercentage van de woon-/verplegingsdienst en de totale instelling, per instelling.*

In- stel- ling	aantal bewo- ners per arts	aantal be- woners per gedragswe- tenschapper	aantal bewo- ners per maat- schappelijk werkende	aantal bewo- ners per activiteiten- begeleider	aantal bewo- ners per lid van de groepsleiding	percentage Z-verpleeg- kundigen	percenta- ge Z-leer- lingen	ziektever- zuim woon- dienst 1989	ziektever- zuim in- stelling 1989
1	290.0	290.0	290.0	niet bekend	2.1	97.5	18.5	niet bekend	7.2
2	337.5	79.9	183.7	15.2	1.5	65.8	21.6	niet bekend	10.4
3	260.0	86.7	173.3	14.2	1.6	niet bekend	19.7	niet bekend	7.2
4	153.0	99.1	148.3	24.2	1.4	28.8	29.6	9.5	8.7
5	269.3	134.7	237.7	5.5	1.4	57.0	31.0	9.8	9.0
6	263.1	171.0	342.0	11.7	1.7	16.5	0.0	8.8	9.3
7	275.5	137.8	551.0	13.8	1.8	68.1	13.9	8.3	10.0
8	226.5	103.0	283.1	11.0	1.5	62.2	27.7	10.3	9.6
9	411.3	99.7	274.2	16.1	1.4	52.5	32.2	6.8	6.5
10	290.0	145.0	725.0	17.7	1.7	50.2	0.0	5.2	5.8
11	383.0	127.7	191.5	19.3	1.6	43.3	18.2	5.4	5.0

Leefgroepen

In het onderzoek hebben in totaal 62 leefgroepen uit elf instellingen geparticipeerd. Volgens de gegevens van de instellingen hebben 22 leefgroepen een laag niveau met vooral niet-ambulante (239) bewoners, 22 leefgroepen een midden niveau met overwegend ambulante (240) bewoners en 18 leefgroepen een hoog niveau met overwegend ambulante (230) bewoners. Van de hoog niveau leefgroepen verblijven twaalf leefgroepen in een terrein- of fasewoning op de rand van het terrein. Tabel 2.3 geeft een overzicht van de deelnemende instellingen naar aantal leefgroepen en leefgroepniveau.

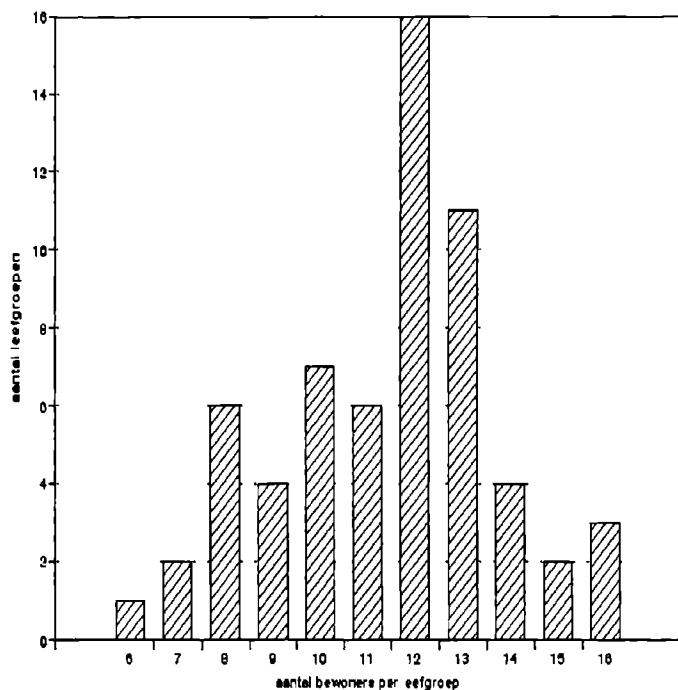
Tabel 2.3 Leefgroepen in het onderzoek; aantal en niveau.

Instelling	aantal leefgroepen	totaal	leefgroepniveau
1	2	6	laag
1	2		midden
1	1		hoog
1	1		hoog (terreinwoning)
2	2	6	laag
2	2		midden
2	2		hoog (terreinwoning)
3	2	6	laag
3	2		midden
3	2		hoog (terreinwoning)
4	2	6	laag
4	2		midden
4	1		hoog
4	1		hoog (terreinwoning)
5	3	6	laag
5	3		midden
6	2	6	laag
6	2		midden
6	2		hoog
7	2	6	laag
7	2		midden
7	2		hoog (terreinwoning)
8	2	5	laag
8	2		midden
8	1		hoog
9	2	6	laag
9	2		midden
9	2		hoog (terreinwoning)
10	1	3	laag
10	1		midden
10	1		hoog
11	2	6	laag
11	2		midden
11	2		hoog (terreinwoning)
Totaal: 11 instellingen, 62 leefgroepen; laag 22, midden 22, hoog 18.			

Van de 62 leefgroepen is het aantal bewoners per leefgroep ver-

deeld volgens figuur 2.1.

Figuur 2 1 Aantal bewoners per leefgroep (N = 62)



Het aantal bewoners per leefgroep varieert van zes tot zestien bewoners. Het gemiddelde aantal bewoners van de onderzochte leefgroepen is 11,4.

Bewoners van de leefgroepen

In de 62 leefgroepen uit elf instellingen wonen in totaal 709 bewoners. Van deze 709 bewoners zijn van 673 bewoners de gegevens voor het onderzoek geregistreerd. Met behulp van deze gegevens zullen we een korte beschrijving geven van de populatie bewoners. De wijze waarop ze zijn verzameld komt in paragraaf 2.3 aan de orde.

Het betreft 453 mannelijke en 220 vrouwelijke bewoners.

De leeftijd van de bewoners van de onderzochte instellingen varieert van 2 jaar tot 85 jaar in 1990. De gemiddelde leeftijd van de geregistreerde bewoners in de totale onderzochte populatie is

36.5. Per leefgroep varieert de gemiddelde leeftijd van 12 jaar tot 75 jaar. Dit wil zeggen dat er zowel een leefgroep met overwegend oudere bewoners als een leefgroep met overwegend jongere bewoners in het onderzoek is betrokken.

Per leefgroep is de gemiddelde score op de maat voor verzorgings- en verplegingsbehoefte van de bewoners berekend, door per leefgroep de scores van de bewoners op de maat voor verzorgings- en verplegingsbehoefte te sommeren en vervolgens te delen door het aantal bewoners van de leefgroep. Met deze berekening is per leefgroep vastgelegd wat de gemiddelde verzorgings- en verplegingsbehoefte van de bewonersgroep is¹. In hoofdstuk 3 komen we op de wijze van berekenen terug. In bijlage 1 zijn de items opgenomen die door de groepsleiding zijn gescoord per bewoner om vervolgens de verzorgings- en verplegingsbehoefte per leefgroep te berekenen.

De verzorgings- en verplegingsbehoefte is opgesplitst in drie categorieën per leefgroep. De eerste categorie betreft verzorgings- en verplegingsaspecten die zeer intensief voor de groepsleiding kunnen zijn. Het bevat aspecten met betrekking tot zelfzorg, handicap en gedrag dat risico's met zich mee kan brengen. De tweede categorie heeft betrekking op aspecten die in een mindere mate intensief voor de groepsleiding zijn, maar die toch de mogelijkheden van en met de bewoners beperken. De derde categorie berust op aspecten die een regelmatig aandachtspunt voor de groepsleiding zijn. In tabel 2.4 worden onder meer de gemiddelde scores op de drie categorieën weergegeven.

In bijlage 2 zijn ter informatie per leefgroep de gemiddelde leeftijd van de bewoners, de scores op de drie verzorgingscategorieën en de eindscore weergegeven.

¹ In theorie kan het gemiddelde variëren van 0 tot 22. De gemiddelde score van de deelnemende leefgroepen op de maat voor verzorgings- en verplegingsbehoefte is 5,77 met een standaarddeviatie van 4,33. Dit wil zeggen dat gemiddeld per bewoner op 6 items van de 22 items, die verzorging en/of verpleging vragen, gescoord wordt. De standaarddeviatie geeft aan dat er zowel bewoners zijn met aanzienlijk lagere scores als bewoners met aanzienlijk hogere scores. De laagste gemiddelde score is 0,71 met een standaarddeviatie van 0,75. Dit wil zeggen dat van deze leefgroep bijna geen enkele bewoner verzorging en/of verpleging nodig heeft. De hoogste gemiddelde score is 13,67 met een standaarddeviatie van 2,59. Dit houdt in dat het een verzorgings- en verplegingsbehoevende leefgroep betreft.

Tabel 2.4

De gemiddelde scores, de gemiddelde standaarddeviaties, de laagste en de hoogste scores op de verzorgingsschaal.

Verzorgings-categorie	maximaal te behalen score	gemiddelde score	gemiddelde standaarddeviatie	laagste score	hoogste score
1 zeer intensief	12	3.04	2.74	0.0	8.08
2 minder intensief	5	1.11	1.32	0.0	3.80
3 regelmatig	5	1.66	1.04	0.5	3.13
Totaal	22	5.77	4.33	0.71	13.67

De ambulantiëgraad van de bewonersgroep van de leefgroepen varieert van 0 tot 100%. Dit wil zeggen dat er zowel leefgroepen zijn die alleen uit ambulante bewoners bestaan (achttien leefgroepen) als leefgroepen die slechts uit niet-ambulante bewoners bestaan (twee leefgroepen)².

Er zijn zowel leefgroepen (zeventien) die alleen uit mannelijke bewoners bestaan als leefgroepen (zes) die alleen uit vrouwelijke bewoners bestaan. De overige leefgroepen hebben een gemengde populatie.

In bijlage 3 zijn per leefgroep het aantal bewoners, het niveau van de leefgroep volgens de instelling, terreinwoning, ambulantiëgraad, mentorzorgscore en de totale mentorscore opgenomen.

Groepsleiding van de leefgroepen

Van 59 leefgroepen is een aantal gegevens met betrekking tot het personeel geregistreerd. In deze 59 leefgroepen werken in totaal 480 personeelsleden (exclusief stagiaires en vrijwilligers). Het gaat om 390 vrouwen en 90 mannen. De leeftijd varieert van 18 tot 59 jaar.

Er zijn zowel personen werkzaam die geen opleiding hebben gevolgd als personen die een HBO-opleiding met aanvullende cursussen hebben gevolgd. Van de 480 personeelsleden van 59 leef-

² Na analyse blijkt dat de pearsoncorrelatie tussen ambulantiëgraad en leefgroepniveau 0.70 bedraagt ($p < 0.001$). Dit houdt in dat naarmate het niveau hoger is de mate van ambulantië ook significant hoger is.

groepen hebben 228 personen een z-opleiding afgerond. 25 van deze 228 Z-verpleegkundigen hebben eveneens een kaderopleiding gevolgd.

De functies van het personeel van de leefgroepen kunnen als volgt ingedeeld worden: 59 groepshoofden, 6 waarnemend groepshoofden, 233 gediplomeerde groepsleiding, 65 meewerkend groepsleiding of assistent groepsleiding (niet of minder opgeleid met minder verantwoordelijkheden), 94 leerling Z-verpleegkundigen, 15 personen huishoudelijke dienst, 35 stagiaires en 8 personen die een andere functie vervullen, veelal activiteiten-begeleider vast verbonden aan de leefgroep (inclusief 35 stagiaires).

Per leefgroep is het gemiddelde dienstverband per week berekend. Een voltijdse werkweek komt overeen met een 100% dienstverband. Het gemiddelde dienstverband per week per leefgroep is 77,3%. Het laagste gemiddelde dienstverband is 47,8%, het hoogste 91,7%.

De gemiddelde leeftijd van de groepsleiding van de leefgroep varieert van 23,4 jaar tot 48,2 jaar. De gemiddelde leeftijd van de groepsleiding over alle leefgroepen bedraagt 28,8 jaar.

De gemiddelde opleiding van de groepsleiding van de leefgroep varieert van gemiddeld minder dan een middelbare beroepsopleiding tot gemiddeld meer dan een middelbare beroepsopleiding. De gemiddelde opleiding van de groepsleiding van alle leefgroepen is een middelbare beroepsopleiding. In het volgende hoofdstuk wordt hierop teruggekomen.

In bijlage 4 zijn per leefgroep de gemiddelde opleidingsscore, de gemiddelde leeftijd van de groepsleiding, de gemiddelde dienstverbanden per week en het percentage vrouwelijke groepsleiding weergegeven.

2.1.2 Steekproef in vergelijking met landelijke kengetallen

Zoals uiteengezet is de steekproef niet op basis van toeval tot stand gekomen. De instellingen zijn door deskundigen geselecteerd op verwachte spreiding in zelfstandigheid. Zij doen mee op basis van vrijwilligheid en interesse. De selectie van de leefgroepen is gebaseerd op de verdeling in drie zorgniveaus en is mede tot stand gekomen in overleg met de instellingen. Desalniettemin zijn wij toch geïnteresseerd in de vraag of de samengestelde

steekproef representatief geacht mag worden voor alle leefgroepen die er in Nederland zijn. Om deze vraag te beantwoorden zijn de gekozen instellingen en leefgroepen op een aantal criteria vergeleken met alle landelijke instellingen en leefgroepen.

De instellingen

Aantal, capaciteit en grootte

In Nederland zijn in totaal 92 algemene instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten met een totaal aantal van 27.188 erkende bedden (NZR-publikatie 1992). Landelijk varieert de grootte van de instellingen van 21 erkende bedden (Salvia, Driebergen) tot 1032 erkende bedden ('s Heerenloo, Loozenoord). De in het onderzoek participerende instellingen variëren van 145 tot 551 erkende bedden. Het gemiddeld aantal erkende bedden per instelling bedraagt landelijk 295 (NZR-publikatie 1992) en in het onderzoek 350. In het onderzoek nemen elf instellingen deel met 3877 erkende bedden (NZR-publikatie 1992). Deze 3877 erkende bedden vormen 14,3% van het landelijk totaal.

Tabel 2.5 Aantal algemene instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten per provincie in vergelijking tot instellingen uit het onderzoek³.

	Landelijk	Onderzoek
Groningen	2	
Friesland	4	
Drenthe	3	
Overijssel	4	
Gelderland	16	3
Flevoland	2	
Utrecht	11	
Noord-Holland	9	
Zuid-Holland	13	2
Zeeland	3	
Noord-brabant	15	4
Limburg	10	2
Totaal	92	11

Zoals te zien is in tabel 2.5 concentreren de participerende instellingen zich onder de lijn Amsterdam-Zwolle: 2 in Zuid-Holland, 4

³ Bron: NZR-publikatie 1992, Landelijke tabellen zorg- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap in 1990.

in Noord-Brabant, 3 in Gelderland en 2 in Limburg.

De leefgroepen

Van de leefgroepen zijn alleen landelijke gegevens bekend over de aantallen bewoners per leefgroep.

Leefgroepgrootte

Het aantal bewoners per leefgroep varieert in het onderzoek van 6 tot 16 bewoners. In de algemene instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten zijn de aantallen bewoners per leefgroep verdeeld als in tabel 2.6 vermeld staat. In de tweede kolom staan de gegevens van ons onderzoek vermeld.

Landelijk is het gemiddelde aantal bewoners per leefgroep 10.3. (NZR-publikatie 290.150). In de onderzoekspopulatie is dit gemiddeld 11.4 bewoners.

Tabel 2.6 Aantal bewoners per leefgroep, landelijk en in onderzoek, in percentages.

Aantal bewoners per leefgroep	Landelijk	Onderzoek
> = 15	4%	11%
13-14	9%	28%
11-12	37%	36%
9-10	25%	15%
< = 8	25%	10%
Totaal	100%	100%
Gemiddeld	10.3	11.4

De bewoners

Aantallen

De onderzochte leefgroepen omvatten 2,6% (709) van de in Nederland in algemene instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten erkende bedden (27188).

Niveau van functioneren

De samenstelling van de populatie (31 december 1990) qua niveau van functioneren in de algemene instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten in 1990 staat in tabel 2.7 weergegeven (PIGG 90). In deze tabel zijn ook de aantallen en percen-

tages van de onderzoekspopulatie weergegeven.

Tabel 2.7 Niveau van functioneren, landelijk en onderzoek, absoluut en in percentages.

Niveau	Landelijk		Onderzoek		Niveau
	aantal	percentage	aantal	percentage	
Debilitas	2288	8.6%			
Imbecilias hoog	8646	32.5%	230	32.4%	Hoog
Imbecilias laag	8114	30.5%	240	33.9%	Midden
Idiotie	7156	26.9%	239	33.7%	Laag
Zwakz.H.NNA ⁴	213	0.8%			
Diagnose nog niet bekend	53	0.2%			
Niet zwakzinnig/ ext.oorzaak	186	0.7%			
Totaal aantal bewoners	26604	100.0%	709	100.0%	

Hoog niveau in de onderzoekspopulatie zou vergeleken kunnen worden met de categorieën "debilitas" en "imbecilias hoog" uit de landelijke gegevens. De gegevens over het niveau van de bewonersgroep in het onderzoek zijn afkomstig van de instellingen. In de onderzoekspopulatie heeft 32.4% een hoog niveau. In de landelijke populatie functioneert 8,6% en 32,5% op respectievelijk debilitas en imbecilias hoog niveau. Midden niveau in de onderzoekspopulatie zou vergeleken kunnen worden met de categorie "imbecilias laag" uit de landelijke gegevens. Volgens dit onderzoek heeft 33.9% van de onderzoekspopulatie een midden niveau. In de landelijke populatie functioneert 30,5% op imbecilias laag niveau. Laag niveau in de onderzoekspopulatie zou vergeleken kunnen worden met de categorie "idiotie" uit de landelijke gegevens. In de onderzoekspopulatie wordt 33,7% van de bewoners als 'laag niveau' geclassificeerd, in de landelijke populatie functioneert 26,9% op het niveau van idiotie.

⁴ De afkorting 'Zwakz.H. NNA' staat voor de verstandelijke handicap is niet nader aangeduid.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat bewoners die op een laag niveau functioneren in de onderzoekspopulatie enigszins oververtegenwoordigd zijn en dat bewoners die op een hoog niveau functioneren enigszins ondervertegenwoordigd zijn.

Geslacht

Van 673 van de 709 bewoners is het geslacht geregistreerd. Het betreft in totaal 453 (67.3%) mannen en 220 (32.7%) vrouwen. Landelijk zijn de percentages in algemene instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten respectievelijk 56,6% mannen en 43,4% vrouwen. In de onderzoekspopulatie is het aantal vrouwelijke bewoners ondervertegenwoordigd.

Leeftijd

In de onderzochte bewonerspopulatie varieert de leeftijd van 2 jaar tot 85 jaar. De gemiddelde leeftijd bedraagt 37 jaar. Volgens de landelijke gegevens is 10,6% jonger dan 20 jaar en 6,8% ouder dan 65 jaar (PIGG 90). In de onderzoekspopulatie is 8,5% jonger dan 20 jaar en 4% ouder dan 65 jaar.

Samenvatting en conclusies

Gezien het exploratieve karakter van het onderzoek zijn bovengenoemde vergelijkingen tussen gegevens uit het onderzoek en gegevens uit de landelijke registratie bedoeld als een plaatsbepaling. Van de onderzochte steekproef kan in relatie tot landelijke gegevens het volgende gesteld worden:

- 11 (12%) van de 92 algemene instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten zijn in het onderzoek betrokken;
- deze instellingen hebben 14,3% van het totaal aantal erkende bedden;
- de instellingen zijn gevestigd in 4 provincies;
- in de instellingen is het gemiddeld aantal erkende bedden 350; landelijk is het gemiddelde 315;
- de bewonerspopulatie in het onderzoek omvat 2,6% van de totale landelijke beddencapaciteit;
- het gemiddelde aantal bewoners per leefgroep is in de onderzoekspopulatie groter dan landelijk, respectievelijk 11.4 en 10.3;
- de indelingen naar niveau van functioneren in het onderzoek en landelijk verschillen lichtelijk;

- het aantal bewoners tussen de 20 en 65 jaar is enigszins oververtegenwoordigd in de onderzoekspopulatie;
- in de onderzoekspopulatie is het aantal vrouwelijke bewoners ondervertegenwoordigd. Landelijk is het percentage vrouwelijke bewoners 43,4% en in het onderzoek 32,7%.

Samenvattend kan op de vraag of de samengestelde steekproef representatief geacht mag worden voor alle leefgroepen die er in Nederland zijn, geantwoord worden dat de steekproef niet sterk afwijkt van de landelijke situatie. Gezien de geringe afwijkingen met betrekking tot het beperkt aantal door ons onderzochte aspecten, hebben wij het vermoeden dat een generalisatie naar andere vergelijkbare leefgroepen in algemene instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten in Nederland niet ongegrond is.

2.2 Dataverzameling

Met betrekking tot de centrale begrippen verzelfstandiging van groepsleiding, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg aan de bewoners moeten gegevens per leefgroep verzameld worden.

Besloten is om het merendeel van de gegevens over verzelfstandiging en arbeidssatisfactie middels gestructureerde vraaggesprekken met leden van de groepsleiding te verzamelen. Gegevens met betrekking tot kwaliteit van zorg zijn in dezelfde interviews vergaard, maar voor een groot deel ook verkregen middels observatie van de maaltijdsituatie. Ook is gebruik gemaakt van geregistreerde gegevens van de bewoners. Verder zijn enkele gegevens middels staffunctionarissen verkregen.

Om de betrouwbaarheid van de leefgroepgegevens, verkregen uit de interviews te maximaliseren is niet één, maar zijn twee leden van de groepsleiding geïnterviewd, namelijk:

- het groepshoofd, groepsoudste of unithoofd (de gebruikte benaming is afhankelijk van de instelling),
- een gediplomeerd groepsleider of Z-verpleegkundige. Voorwaarde was dat hij/zij minimaal één jaar op de leefgroep werkzaam is en een dienstverband heeft van minimaal 32 uur per week.

Het groepshoofd is in het onderzoek betrokken vanwege diens bredere taakstelling. Als contactpersoon naar andere geledingen

van de organisatie zal het groepshoofd bovendien inzicht kunnen verschaffen in een aantal voor dit onderzoek relevante aspecten van het werk (overleg met andere geledingen in de organisatie, besluitvorming binnen de instelling). Om te komen tot vergelijkbare achtergrondsituaties zijn, zoals boven vermeld, twee uitsluitingscriteria geformuleerd bij de keuze van een te interviewen gediplomeerd groepsleider of Z-verpleegkundige. Er kan vanuit gegaan worden dat het 'nieuwe' van het werk geen rol meer speelt bij een gediplomeerd groepsleider of Z-verpleegkundige die minimaal één jaar op de betreffende leefgroep werkt. Met name uit onderzoek van Raynes, Pratt en Roses (1979) is gebleken dat er een verschil in werken is tussen werkers die langer dan één jaar en werkers die korter dan één jaar op een leefgroep werkzaam zijn. De groepsleiding die korter dan één jaar op een leefgroep werkt gaat volgens hen meer bewonersgericht te werk. De voorwaarde van een dienstverband van minimaal 32 uur is gesteld omdat dan verwacht kan worden dat de betrokken groepsleiding goed zicht heeft op de dagelijkse gang van zaken op de leefgroep.

Selectie te interviewen personen

De selectie van de groepsleiding leverde weinig problemen op, 121 van de 124 interviews hebben plaatsgevonden. Drie interviews zijn niet doorgegaan door ziekte van drie groepshoofden. De selectie van de groepsleiding werd voor een deel gestuurd door roostertechnische overwegingen. In een enkele instelling werden de interviews, dit wil zeggen de tijd die noodzakelijk was voor het interview, extra ingepland. In andere instellingen werden de interviews tussendoor gedaan. In eerste instantie gemaakte afspraken met personen van de groepsleiding werden soms veranderd, zodat uiteindelijk een vervanger geïnterviewd werd. Deze wisselingen hadden te maken met afwezigheid wegens ziekte, geruilde diensten en soms zelfs met het tussentijds veranderen van werkplek. Een aantal keren was een groepshoofd tijdens de dataverzameling in die instelling afwezig wegens vakantie of ziekte. In zeventien voorkomende gevallen heeft het interview plaatsgevonden met de vervanger van het groepshoofd.

Van de 121 interviews die plaatsvonden zijn zeventien respondenten van groepshoofden en groepsleiding korter dan één jaar werkzaam op de desbetreffende leefgroep. Het gaat om negen groepshoofden of plaatsvervangers van groepshoofden en acht leden van de groepsleiding. Van de 121 geïnterviewden hebben vier

personen een dienstverband van minder dan 32 uren in de week, namelijk één groepshoofd en drie leden van de groepsleiding.

Voorafgaand aan de dataverzameling zijn proefinterviews gehouden. Eveneens hebben proefmetingen plaatsgevonden met het instrument voor de meting van de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening. Dit leidde tot enige aanpassingen van de instrumenten en meetinstructies.

De dataverzameling heeft plaatsgevonden in de periode maart tot en met juli 1990.

Om de interviews, observaties en overname van registratiegegevens toe te lichten kunnen we het beste beschrijven hoe een bezoek aan een instelling verliep, waarbij het doel was in korte tijd alle informatie te verzamelen.

Twee onderzoekers hebben ieder afzonderlijk de observaties en interviews verricht. Instellingen die met zes leefgroepen deelnamen werden minimaal vier dagen door de onderzoekers bezocht. In drie dagen tijd vonden de observaties rond de middagmaaltijd plaats en de interviews met de groepsleiding en de groepshoofden van de leefgroepen. De vierde dag werd gereserveerd voor het interviewen van de stafleden die betrokken zijn bij de onderzochte leefgroepen. De observaties van de situatie rond de middagmaaltijd vonden plaats ten behoeve van het instrument 'kwaliteitsmeting van de verpleegkundige zorgverlening'. Naast de observatie werd in dit kader de aanwezige groepsleiding geïnterviewd en werd de zorgadministratie geraadpleegd. Het interview met de groepsleiding bestond uit verschillende onderdelen, te weten: de vragenlijst voor het meten van de mate van verzelfstandiging, de uitsprakenlijst voor het meten van de mate van arbeidstevredenheid, vragenlijsten voor het meten van de mate van aspecten van kwaliteit van zorg en enkele persoonlijke gegevens. De groepshoofden werden daarnaast op enkele algemene groepsgegevens bevraagd. De interviews duurden ongeveer anderhalf uur.

In de perioden tussen de bezoeken aan twee instellingen werden de gegevens gecodeerd, de interviews uitgewerkt en opgeslagen. Slechts een enkele keer werd een instelling een vijfde dag bezocht om alle noodzakelijke interviews te kunnen verrichten. Een aantal malen zijn bovendien twee dubbelmetingen gepland ten behoeve van de interbetrouwbaarheid van de interviewers. Dit wil zeggen dat beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar de scorelijst tijdens één interview invulden en ieder afzonderlijk van één leef-

groep de observaties en interviews ten behoeve van het instrument 'kwaliteitsmeting van de verpleegkundige zorgverlening' verrichtten.

De reacties van de groepsleiding op de deelname aan het interview waren overwegend positief. Zij zagen het interview als een moment van reflectie op het eigen werk. Een enkele keer was er bij aanvang van het gesprek sprake van enige reserve ten aanzien van het interview. Vaak was deze reserve terug te voeren op het onvoldoende geïnformeerd zijn omtrent de bedoeling van het interview; de verstrekte informatie was blijkbaar niet doorgekomen.

Per instelling zijn ook de staf en de paviljoenshoofden die betrokken zijn bij de te onderzoeken leefgroepen geïnterviewd. Gegevens afkomstig uit deze interviews dienen als controle en eventueel als aanvulling op de informatie die op de andere wijzen verkregen is.

Samenvattend zijn van elke leefgroep de volgende gegevens verzameld:

- van twee leden van de groepsleiding zijn de vragenlijsten met betrekking tot verzelfstandiging, kwaliteit van zorg en arbeids-satisfactie afgenomen en enkele persoonlijke gegevens opgenomen,
- leefgroepgegevens met betrekking tot bewoners en groepsleiding,
- gegevens met betrekking tot de individuele bewoners,
- scores van de kwaliteitstoetsing van de verpleegkundige zorg.

In hoofdstuk 1 zijn de centrale begrippen van het onderzoek benoemd, te weten: verzelfstandiging, kwaliteit van zorg en arbeids-satisfactie. Bovendien is geconstateerd dat achtergrondgegevens met betrekking tot de leefgroep, de bewoners en de groepsleiding van belang kunnen zijn bij het analyseren van de relaties tussen de centrale begrippen. In hoofdstuk 3 gaan we in op de wijze waarop de centrale begrippen en de achtergrondgegevens zijn geconstrueerd en gemeten om vervolgens in hoofdstuk 4 tot de beschrijving en in hoofdstuk 5 tot de analyses over te gaan.

3.1 Verzelfstandiging

In hoofdstuk 1 is verzelfstandiging gedefinieerd als de aanwezigheid van hoge mate van enerzijds verantwoordelijkheden en beslissingsbevoegdheden en anderzijds regelcapaciteit voor de groepsleiding. Dit laatste heeft betrekking op de mate waarin groepsleiding in staat gesteld wordt zelf problemen op te lossen of anders gezegd; de mate waarin groepsleiding zelf het werk kan uitvoeren en regelen. In ons onderzoek gaan wij na in welke mate beslissingsbevoegdheden en verantwoordelijkheden liggen bij de groepsleiding en in welke mate groepsleiding regelcapaciteit heeft.

In hoofdstuk 1 hebben wij tevens de systeemtheorie besproken en de toepassing ervan in de vorm van de sociotechniek. In de sociotechniek worden vragenlijsten gebruikt om de kwaliteit van arbeid van functies in de profitsector te bepalen (Eijnatten, 1985). Met de vragenlijsten wordt met name de regelcapaciteit van een functie vastgesteld. Voor de nonprofit of zorgverlenende sector zijn er nog geen vragenlijsten door de sociotechniek ontwikkeld. Voor het meten van de mate van verzelfstandiging hebben wij derhalve vragenlijsten analoog aan die voor de profitsector, ontwikkeld. Met name de wijze van formuleren van de vragen en het indelen van de antwoordcategorieën zijn overgenomen.

Om tot gedifferentieerde uitspraken te komen met betrekking tot verzelfstandiging van de groepsleiding worden aspecten van het werk onderzocht. Deze aspecten zijn afgeleid van de werkzaamhe-

den waarmee de groepsleiding van doen heeft. Enerzijds bestaan zij uit verzorgen, verplegen en begeleiden, anderzijds uit zaken die voortkomen uit de organisatie, zoals personeel, ruimte, middelen en overleg. De aspecten zijn geïnventariseerd door gesprekken te voeren met werkers in de praktijk van de zorg voor verstandelijk gehandicapten, door bestudering van eerder onderzoek (Geelen en Kielema, 1988) en door onderzoek te raadplegen dat zich richt op het meten van de kwaliteit van de arbeid, waarin de werkzaamheden zeer gespecificeerd benoemd worden (WEBA, 1989). De wijze van systeembeschrijven door In 't Veld (1983) is gebruikt als hulpmiddel; een systeembeschrijving brengt aspecten en relaties in kaart die een rol spelen in een organisatie of een deel van de organisatie (een leefgroep).

Om het werk (verzorging, verpleging en begeleiding) uit te voeren moeten er beslissingen genomen en regelingen getroffen worden door groepsleiding of anderen ten aanzien van:

- het zorgbeleid, dat uit een aantal aspecten bestaat:
 - verzorging/verpleging
 - behandeling/begeleiding
 - dagbesteding/recreatie/ontspanning
 - materiële woonsituatie
 - huishoudelijke organisatie
 - maatschappelijke integratie
 - budgetbeheer
- het personeelsbeleid, dat eveneens een aantal deelgebieden betreft:
 - aanstelling/ontslag/ziektevervangings
 - inhoud en verdeling van het werk
 - roostering en werktijden.

De aspecten van het zorg- en personeelsbeleid zijn uiteen gelegd in concrete items. Deze items zijn vervolgens omgezet in vragen analoog aan de profitsector (Eijnatten, 1985). De voorlopige vragenlijst is getest in proefinterviews met groepsleiding en vervolgens bijgesteld.

3.1.1 Vragenlijst voor het meten van verzelfstandiging

De vragenlijst voor de meting van verzelfstandiging (opgenomen in bijlage 5), bestaat uit 70 vragen met voorgestructureerde antwoordmogelijkheden. De antwoordmogelijkheden zijn bij het

merendeel van de vragen als volgt:

- a. Groepsleiding neemt de beslissing *zonder* overleg met hogere leiding en/of staf
- b. Groepsleiding neemt de beslissing *in* overleg met hogere leiding en/of staf
- c. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing *in* overleg met de groepsleiding
- d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing *zonder* overleg met groepsleiding

De vragenlijst is zowel bij het groepshoofd als bij een lid van de groepsleiding van de leefgroepen afgenomen en leverde weinig problemen op. Een enkele keer moest een vraag verduidelijkt worden. Voor veel respondenten waren de vragen aanleiding om uit te weiden over de gang van zaken op de leefgroep waar ze werkten.

Voor de constructie van het meetinstrument zijn twee dubbelmetingen uitgevoerd om de zogenoemde tussenbetrouwbaarheid te bepalen. De resultaten met betrekking tot de dubbelmetingen (Kendall's tau 0,97 en 0,74) gaven geen aanleiding tot bijstellingen.

De vragenlijst is 121 keer afgenomen. De percentage verdeling van de antwoorden is opgenomen in bijlage 6.

3.1.2 Variabelen met betrekking tot verzelfstandiging

Na factoranalyse blijken er zeven goed te onderscheiden factoren van verzelfstandiging te bestaan. De factorsamenstelling is hieronder weergegeven, waarbij de items in volgorde van afnemende factorlading zijn geplaatst (de factorladingen zijn weergegeven in bijlage 7):

Factor 1: verzelfstandiging ten aanzien van budgetbeheer (VZ1)
($\alpha = .76$)

- V46¹ Wie beheert het ontspanningsbudget van de bewoners, indien de ouders het niet beheren?
- V47 Wie bepaalt waaraan het ontspanningsbudget voor de bewoners wordt uitgegeven?
- V43 Wie beheert het kledingbudget van de bewoners, indien de ouders het niet beheren?

¹ De code voor de vragen verwijst naar het vraagnummer in bijlage 5.

- V50 Wie beheert het vakantiebudget van de bewoners, indien het niet beheerd wordt door de ouders?
- V45 Waar worden de kleren van de bewoners van betrokken of gekocht, indien ze niet door de ouders gekocht worden?

Factor 2: verzelfstandiging ten aanzien van begeleiding (VZ2)
($\alpha = .66$)

- V15 Wie bepaalt hoe sexualiteit van de bewoners begeleid wordt?
- V16 Wie bepaalt of een bewoner deelneemt of gaat deelnemen aan een activiteit buiten de leefgroep?
- V39 Wie beslist of bewoners deelnemen aan activiteiten buiten de instelling?
- V17 Wie bepaalt de dagbesteding van de bewoners (werk, school, klasjes, leefgroep)?
- V7 Wie bepaalt de leefgroepdoelstelling?
- V12 Wie beslist over de noodzaak van een speciale begeleiding van een bewoner (bijv. bij eet- of slaapproblemen)?

Factor 3: verzelfstandiging ten aanzien van interieurkeuze (VZ3)
($\alpha = .69$)

- V22 Wie kiest meubilair uit?
- V23 Wie kiest gordijnen uit?
- V24 Wie kiest aardewerk/serviesgoed uit?
- V20 Wie bepaalt de inrichting van de leefgroep, binnen de begroting?

Factor 4: verzelfstandiging ten aanzien van huishouding (VZ4)
($\alpha = .71$)

- V32 Wie bepaalt hoe vaak de leefgroep schoongemaakt wordt door de huishoudelijke of schoonmaakdienst?
- V33 Wie bepaalt het tijdstip dat er schoongemaakt wordt op de leefgroep door de huishoudelijke of schoonmaakdienst?
- V30 Wie bepaalt het tijdstip van de warme maaltijd?

Factor 5: verzelfstandiging ten aanzien van personeelsbeleid (VZ5)
($\alpha = .56$)

- V57 Wie neemt nieuw gediplomeerd personeel op de leefgroep aan?
- V55 Wie bepaalt dat personeel overgeplaatst wordt?
- V56 Wie beslist over het tijdelijk lenen of uitleen van groepsleiding van de ene groep aan de andere?
- V58 Wie beslist over het ontslag van leden van de groepsleiding?
- V59 Wie beslist over het inschakelen van vervanging bij ziekte van personeel?
- V54 Wie beoordeelt het functioneren van de gediplomeerde groepsleiding?

Factor 6: verzelfstandiging ten aanzien van werkdruk (VZ6)

($\alpha = .53$)

- V63 Wie bepaalt het aantal taken per dag?
- V62 Wie bepaalt de volgorde waarin de werkzaamheden op de leefgroep verricht worden?
- V61 Wie bepaalt het werktempo op de leefgroep?
- V70 Wie beslist over het beleggen van een extra overleg/vergadering ten aanzien van leefgroepaangelegenheden?

Vraag 13 is vanwege het belang dat eraan gehecht wordt meegenomen en verwerkt als een aparte factor.

Factor 7: verzelfstandiging ten aanzien van overplaatsing (VZ7)

- V13 Wie bepaalt dat een bewoner niet past in de leefgroep, zodat een procedure van overplaatsing gestart wordt?

De scores op de factoren zijn berekend door eerst de scores van groepshoofd en groepsleider per leefgroep te middelen en vervolgens de scores per factor te sommeren en te relateren aan de maximaal haalbare scores. Maximaal 30% van de items mogen een missing value hebben. De scores van de leefgroepen op de factoren zijn opgenomen in bijlage 8.

Om na te gaan of de factoren van verzelfstandiging terug te voeren zijn op een kleiner aantal algemene factoren is een tweede orde factoranalyse uitgevoerd. Na factoranalyse over de zeven eerder beschreven factoren met betrekking tot verzelfstandiging komen twee totaalfactoren tot stand.

Totaalfactor 1: verzelfstandiging ten aanzien van beheer van financiële zaken (VZ8) ($\alpha = .70$)

- VZ5 Personeelsbeleid
- VZ1 Budgetbeheer
- VZ3 Interieurkeuze

Totaalfactor 2: verzelfstandiging ten aanzien van immateriële en organisatorische zaken (VZ8) ($\alpha = .53$)

- VZ6 Werkdruk
- VZ2 Begeleiding
- VZ4 Huishouding
- VZ7 Overplaatsing.

Ideaal zou zijn, wanneer de aspecten, waarop de beoordeling van de kwaliteit van zorg plaatsvindt, overeenkomen met de aspecten, waarop de verzelfstandiging van de leefgroepen betrekking heeft. Omdat dit een complexe instrumentontwikkeling zou vereisen en bovendien het risico van contaminatie van de onafhankelijke en afhankelijke variabele met zich mee kan brengen, is hiervoor niet gekozen in dit onderzoek. Gekozen is voor de toepassing van bestaande instrumenten.

Kwaliteit van zorg hebben we op twee verschillende manieren gemeten. Ten eerste direct door de kwaliteit van de zorgverlening en ten tweede indirect door de condities, waaronder bewoners zich kunnen ontwikkelen, na te gaan. Onder kwaliteit van zorg verstaan we een verpleegkundige zorg die voldoet aan van te voren vastgestelde criteria en de aanwezigheid van condities, waaronder ontwikkeling van de bewoners mogelijk is.

3.2.1 Instrumenten voor het meten van kwaliteit van zorg

Verpleegkundige zorg

Bij de kwaliteit van de zorgverlening wordt met name naar de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening gekeken.

Voor het meten van de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening is het kwaliteitsmeetinstrument voor de Z-verpleegkundige zorg gebruikt, te weten een verkorte versie ervan. Het in een samenwerkingsverband van de Hogeschool Nijmegen en Rijksuniversiteit Limburg ontwikkelde instrument heeft het functieprofiel van de Z-verpleegkundige als uitgangspunt, dat tevens geldt als vastgesteld criterium voor een goede verpleegkundige zorgverlening (het instrument is opgenomen in bijlage 9).

De verkorte versie geeft een indicatie van de kritieke punten in de verpleegkundige zorg. Indien op de items van deze schaal goed gescoord wordt, mag men redelijkerwijs veronderstellen dat ook de rest van de verpleegkundige zorg goed is (Hollands, et al 1990). Met dit instrument worden vier dimensies van de verpleegkundige zorgverlening gemeten.

- De verpleegkundige geeft de relatie met de bewoner vorm en inhoud, onderscheiden in het ondersteunen van de zelfzorg en de mantelzorg.

- De verpleegkundige geeft vorm en inhoud aan het leefmilieu van de bewoner.
- De verpleegkundige maakt gebruik van bestaande structuren binnen de leefgroep ten behoeve van een optimale verpleging.
- De verpleegkundige draagt verantwoording voor de coördinatie van de verpleging van een bewonersgroep en/of een individu binnen de groep.

Het meten met het instrument voor de verpleegkundige zorgverlening houdt in dat de aan een bewoner van een leefgroep geleverde zorg gemeten wordt. Hiervoor worden steeds drie bronnen geraadpleegd, te weten: een interview met de verpleegkundige, de zorgadministratie en observatie van het verpleegkundige handelen ten aanzien van de bewoner, de bewonersgroep en de omgeving van de bewoner. Voor de observatie is de maaltijd als tijdstip vastgesteld.

Voorafgaand aan de maaltijd werden de gegevens uit de zorgadministratie verzameld. Tijdens de maaltijd werden de observatiegegevens verzameld en na de maaltijd werd een lid van de groepsleiding die aanwezig was bij de middagmaaltijd geïnterviewd. Organisatorisch leverde de uitvoering van het instrument weinig problemen op. Soms was de tijdsduur van de warme maaltijd een probleem. Op sommige leefgroepen, met name verzorgingsgroepen, duurde de maaltijd vijf à zes kwartier. Hierdoor kon de meting veel tijd in beslag nemen.

Het instrument bestaat uit 25 algemene items die vooral de bewonersgroep betreffen en 25 items per te meten individuele bewoner. Per leefgroep werden drie bewoners in de meting betrokken. Met betrekking tot de items van dit instrument kan het volgende gesteld worden. Bij één vraag sloten de antwoordmogelijkheden niet aan. De vragen over verpleegplannen en doelstellingen werden niet altijd begrepen door de groepsleiding. Bij het verzamelen van gegevens uit de administratie was dan al gebleken dat er niet met verpleegplannen en doelstellingen gewerkt werd. De vragen leken het meest aan te sluiten bij midden-laag niveau en ambulante bewonersgroepen.

Met betrekking tot dit instrument zijn twee dubbelmetingen verricht om de tussenbetrouwbaarheid te bepalen. De interviewers scoorden onafhankelijk van elkaar op de items met betrekking tot de zorgadministratie, de observatie en de vragenlijst van één leefgroep. Bij de eerste dubbelmeting zijn vijftien items afwijkend gescoord en bij de tweede dubbelmeting zijn veertien items afwijk-

kend gescoord. In totaliteit werd op 100 items per meting gescoord. Een aantal items met betrekking tot de individuele bewoner leverde vaker problemen op, te weten de items 5, 6, 7, 20 en 23. De betreffende items zijn samengesteld uit meerdere facetten, bijvoorbeeld 'op welk gedrag van de bewoner wordt speciaal de aandacht gericht?' en 'welke gedragsbeïnvloedende methoden worden gehanteerd?'. Afwijkingen in de scores kunnen voortkomen uit onduidelijkheden in de zorgadministratieve gegevens en uit het oordeel van de onderzoeker. Overigens werden in veel zorgadministraties niet dezelfde termen gehanteerd als die in het instrument voor het meten van de verleende verpleegkundige zorg.

Bij de verwerking van de gegevens volgens de methode van de Hogeschool Nijmegen worden de scores van het algemene deel voor elke gemeten bewoner ingevoerd. Dit houdt in dat de 25 algemene items per groep drie keer meetellen. Bij de berekening van de tussenbetrouwbaarheid telt een afwijkende waarneming bij de algemene items eveneens drie keer mee. Dit leidde er toe dat de berekende Cohen/Kappa bij de eerste dubbelmeting (totaal vijftien afwijkende antwoorden, één afwijkend antwoord in het algemene deel) 0.79 en bij de tweede dubbelmeting (totaal veertien afwijkende antwoorden, vier afwijkende antwoorden in het algemene deel) 0.74 was. De Kendall's tau zijn voor deze metingen respectievelijk 0.70 en 0.72.

Conditie voor ontwikkeling van bewoners

Als dimensies van de noodzakelijk geachte condities worden het bewonersgericht handelen van de groepsleiding, een stimulerende fysieke omgeving en de aanwezigheid van contacten met de samenleving genomen. De kwaliteit van zorg wordt niet direct afgemeten aan de ontwikkeling van de bewoners maar aan de aanwezigheid van voorwaarden, waaronder ontwikkeling kan plaatsvinden.

De instrumenten, waarmee de condities waaronder bewoners zich kunnen ontwikkelen gemeten worden, zijn:

- Revised Resident Management Practice Scale (King, Raynes, Tizard, 1971);
- Index of Community Involvement (Raynes, Pratt, Roses, 1979);
- Index of the Physical Environment (Raynes, Pratt, Roses, 1979);

Deze instrumenten betreffen achtereenvolgens het bewonersge-

richt handelen, de contacten met de samenleving en de fysieke omgeving. Het voordeel van het gebruiken van bestaande instrumenten is dat zij, mits zij niet te veel aanpassing behoeven, gevalideerd zijn.

In dit verband is het vermelden van een onderzoek van Van Gennep (1989) van belang. In dat onderzoek werd kwaliteit van zorg gerelateerd aan verschillende typen van institutionele zorg en aan het niveau van functioneren van de bewoners, de leeftijd van de bewoners en de groepsgrootte. De kwaliteit van zorg werd gemeten met schalen die ontworpen zijn door King, et al (1971) en Raynes, et al (1979). In het onderhavige onderzoek zijn de door Van Gennep vertaalde versies van de bovengenoemde instrumenten gebruikt.

De instrumenten, voor het meten van de kwaliteit van zorg met betrekking tot de condities waaronder ontwikkeling mogelijk is, zijn opgenomen in bijlage 9.

Met betrekking tot de instrumenten 'Revised resident management practice scale', 'Index of community involvement' en 'Index of physical environment' kan opgemerkt worden dat onderdelen van de vragen door de respondenten als gedateerd ervaren werden. Dit gold voor wat betreft de 'Revised resident management practice scale' met name vraag 14 'wat wordt gedaan met de persoonlijke kleren van de bewoners' en in de 'Index of community involvement' vraag 3 'hoeveel bewoners gingen de afgelopen maand naar een museum, concert of circus'. Soms leverde vraag 5 'hoeveel spiegels zijn er op de leefgroep' in de 'Index of physical environment' hilariteit op. De vragen van deze drie kwaliteit-van-zorg-schalen zijn bij de bewonersgroepen van het midden-niveau - die ambulant zijn - meer van toepassing dan bij de andere niveaus. Alleen de 'Revised resident management practice scale' houdt in het bepalen van de eindscore enigszins rekening met de verschillende niveaus. Bij deze schaal is een aantal items niet van toepassing voor niet-ambulante bewonersgroepen.

3.2.2 Variabelen met betrekking tot kwaliteit van zorg

Voor de bepaling van de kwaliteit van zorg zijn de volgende vier instrumenten gebruikt:

a. Revised resident management practice scale,

- b. Index of community involvement,
- c. Index of physical environment,
- d. Kwaliteitsmeting van de verpleegkundige zorgverlening.

De 'Revised resident management practice scale' omvat 27 vragen voor bewonersgroepen met ambulante bewoners en dertien vragen voor bewonersgroepen met niet-ambulante bewoners (KZ7). De percentage verdelingen van de antwoorden zijn opgenomen in bijlage 10a. Om tot een schaalscore te komen zijn de scores van de items gesommeerd en gerelateerd aan de maximaal te behalen score, uitgedrukt in procenten. Maximaal 20% van de items mogen missing value zijn.

De 'Index of community involvement' betreft dertien vragen (KZ5). De scores zijn in eerste instantie gerelateerd aan het aantal bewoners van de leefgroep en vervolgens ingedeeld in klassen. De percentuele verdeling van de scores per leefgroep op de klassen is opgenomen in bijlage 10b. De geclassificeerde scores zijn gesommeerd per leefgroep en gerelateerd aan de maximaal te behalen score, uitgedrukt in procenten.

De 'Index of physical environment' betreft 24 vragen (KZ6) en is volgens dezelfde procedure verwerkt als de 'Index of community involvement'. De percentage verdeling van de scores per leefgroep op de klassen zijn opgenomen in bijlage 10c.

Het instrument voor de kwaliteitsmeting van de verpleegkundige zorg (verkorte versie) omvat 50 items per meting per bewoner. De percentage verdeling van de scores per bewoner is opgenomen in bijlage 10d. Per leefgroep is de meting bij drie bewoners verricht, waardoor het totaal aantal scores per leefgroep 150 bedraagt. De 50 items zijn onderverdeeld in vier dimensies van verleende verpleegkundige zorg die gerelateerd zijn aan vier taakgebieden van de Z-verpleegkundige, te weten:

- 1 De verpleegkundige geeft de relatie met de bewoner vorm en inhoud (KZ1), *15 items*
- 2 De verpleegkundige geeft vorm en inhoud aan het leefmilieu van de bewoner(s) (KZ2), *7 items*
- 3 De verpleegkundige maakt gebruik van bestaande structuren binnen de leefgroep ten behoeve van een optimale verpleging (KZ3), *5 items*
- 4 De verpleegkundige draagt verantwoordelijkheid voor de coördinatie van de verpleging van een bewonersgroep en/of een individu binnen de leefgroep (KZ4) (Hollands, et al, 1990). *23 items*

De gesommeerde scores op de dimensies zijn gerelateerd aan de maximaal te behalen score en uitgedrukt in procenten. In bijlage 11 zijn per leefgroep de percentage verdeling van de scores op de vier dimensies van het instrument 'kwaliteitsmeting van de verleende verpleegkundige zorg' opgenomen.

Om na te gaan of de instrumenten voor het meten van de kwaliteit van zorg onderling samenhangen is een factoranalyse uitgevoerd op de instrumenten en de dimensies ervan. Na de analyse kwamen twee totaalfactoren van kwaliteit naar voren.

Totaalfactor 1: Ontwikkelingsvoorwaarden (KZ8) ($\alpha = .75$)

- KZ7 Bewonersgericht handelen
- KZ5 Contacten in de samenleving
- KZ6 Fysieke omgeving

Totaalfactor 2: Verpleegkwaliteit (KZ9) ($\alpha = .40$)

- KZ2 Vorm en inhoud geven aan het leefmilieu van de bewoner
- KZ3 Gebruikmaking van bestaande structuren ten behoeve van een optimale verpleging
- KZ4 Het dragen van de verantwoording voor de Coördinatie (KZ4) van de verpleging van de bewonersgroep en/of een individuele bewoner.

De dimensie 'vorm en inhoud geven aan de relatie met de bewoner en het ondersteunen van de zelf-/mantelzorg' (KZ1) is niet in de totaalfactoren opgenomen².

3.3. Arbeidssatisfactie

De arbeidssatisfactie wordt gemeten door de waardering van de groepsleiding met betrekking tot aspecten van het werk na te gaan. De keuze van de aspecten is deels bepaald op grond van het belang dat er in de literatuur aan gehecht wordt en deels door de doelstelling van het onderzoek. Met name aspecten waarop verzelfstandiging betrekking heeft, zullen bij voorkeur gekozen worden.

² Bij de regressie-analyse in hoofdstuk 5 (paragraaf 5.1) wordt duidelijk dat de dimensie 'vorm en inhoud geven aan de relatie met de bewoner en het ondersteunen van de zelfzorg' niet beïnvloed wordt door achtergrondgegevens en factoren van verzelfstandiging of factoren van arbeidssatisfactie. Vandaar dat hier met twee factoren van kwaliteit van zorg volstaan kan worden.

De aspecten zijn:

- inhoud van het werk
- materiële werkomstandigheden
- erkenning
- verantwoordelijkheid en carrièreperspectief
- interpersoonlijke relaties
- medezeggenschap ten aanzien van zorg en personeelsaangelegenheden

De inhoud van het werk en de materiële werkomstandigheden komen in veel onderzoek naar arbeidssatisfactie terug. De andere aspecten komen eveneens in vele onderzoeken naar voren en zijn bovendien naar verwachting belangrijke aspecten in de relatie tot verzelfstandiging.

Het aspect 'de inhoud van het werk' omvat de beleving van het werk zelf en de mogelijkheid tot afwisseling in het werk. Het aspect 'de materiële werkomstandigheden' heeft betrekking op de beleving van de omstandigheden, waaronder het werk verricht wordt zoals de werkplek, de faciliteiten en de werktijden. Het aspect 'erkenning' gaat over de beleving met betrekking tot de wijze waarin zowel positieve als negatieve feedback verkregen wordt. Het aspect 'verantwoordelijkheid en carrièreperspectief' verwijst naar de beleving van het hebben van verantwoordelijkheid in het werk en de mogelijkheden tot vooruitkomen. Het aspect 'interpersoonlijke relaties' heeft betrekking op het al dan niet bij collega's terecht kunnen met vragen en problemen. De beleving van de mate van 'medezeggenschap ten aanzien van de zorg en de personeelsaangelegenheden' is in dit onderzoek een belangrijk aspect, omdat het mogelijkserwijs in direct verband staat met de mate van verzelfstandiging.

De items voor het meten van arbeidssatisfactie zijn voor een belangrijk deel ontleend aan de uitsprakenlijst ontwikkeld door Peters en Molders (Peters en Molders, 1980). Deze lijst is met name gebruikt voor het meten van de ontwikkeling die leerling Z-verpleegkundigen gedurende de opleiding doormaken met betrekking tot de verwachting ten aanzien van het werk en de tevredenheid erover. Uit deze uitsprakenlijst is een selectie gemaakt. Enerzijds door die items te kiezen die passen bij de in de literatuur genoemde belangrijkste dimensies van arbeidssatisfactie en anderzijds door die items te kiezen die in het onderzoek van Peters en Molders als belangrijk naar voren zijn gekomen.

Aangezien de mate van arbeidssatisfactie individu-gebonden is kunnen gegevens verkregen van individuele leden van de groepsleiding niet zonder meer vertaald worden naar een groepsgegeven. Dit probleem wordt ondervangen door gegevens te verzamelen bij meerdere leden van de groepsleiding. Een gegeven om een totaalbeeld van de arbeidssatisfactie van de groepsleiding te verkrijgen, kan het ziekteverzuimpercentage van de groepsleiding zijn. Het verzuimpercentage, met name het kortdurend verzuim en het aantal ziekmeldingen, is een indicatie van het arbeidsmoreel; de mate waarin de individuen als leden van de groep samenwerken om de groepsdoelen te bereiken. Een laag moreel wordt onder andere gekenmerkt door hoge verzuimcijfers. Een hoog moreel hangt samen met een redelijke mate van arbeidssatisfactie van de leden van de groep (Berting en De Sitter, 1971). Het verzuimcijfer kan helaas niet als indicator opgenomen worden omdat dit door de instellingen niet berekend is per leefgroep.

3.3.1 Vragenlijst voor het meten van arbeidssatisfactie

De vragenlijst voor de meting van arbeidssatisfactie bestaat uit 72 uitspraken met vijf voorgestructureerde antwoordmogelijkheden. Per uitspraak wordt gescoord op een vijfpuntschaal, variërend van zeer eens tot zeer oneens (bijlage 12). Deze lijst werd ten tijde van het interview door de respondent zelf ingevuld. De lijst is afzonderlijk ingevuld door het groepshoofd en een lid van de groepsleiding. De invulling leverde in het algemeen geen problemen op. Bij enkele uitspraken werd soms om een verduidelijking gevraagd, bijvoorbeeld bij vraag 52 'in onze afdeling krijgen we nogal eens opdrachten die niet met elkaar kloppen', en vraag 53 'ik moet vaak in mijn werk wachten zonder dat ik daar iets aan kan doen'. Omdat de respondenten de lijsten zelf invulden zijn er geen dubbelmetingen verricht.

De vragenlijst is 121 keer afgenomen. De percentage verdeling van de antwoorden is opgenomen in bijlage 12.

3.3.2 Variabelen met betrekking tot arbeidssatisfactie

Na factoranalyse blijken vier goed te onderscheiden factoren van arbeidssatisfactie te bestaan. De factoren in afnemende volgorde

van factorlading (zie bijlage 13 voor de factorladingen) zijn:

factor 1: arbeidssatisfactie over de organisatie van het dagelijks werk (AS1) ($\alpha = .89$)

- S12³ Ik werk onder tijdsdruk
- S9 Het tempo waarin ik moet werken, is voor mij te hoog
- S3 Er heerst een jaagsysteem
- S62 Bewoners hangen hier vaak nietsdoend rond
- S55 Ik kan mijn werktempo zelf kiezen
- S64 Er zijn veel personeelwisselingen in de groep
- S51 De manier van werken op onze afdeling moet verbeterd worden
- S45 Ik ben tevreden met het werkoverleg
- S27 Nieuwe groepsleid(st)ers op onze afdeling worden goed ingewerkt

Factor 2: arbeidssatisfactie over de invloed en medezeggenschap (AS2) ($\alpha = .82$)

- S22 Ideeën van de groepsleiding hebben hier niet veel kans
- S17 De groepsleiding wordt niet gekend in beslissingen die ook voor hen belangrijk zijn
- S61 Ik zou willen dat de groepsleiding meer te zeggen heeft over de aankleding van de leefgroep/ruimte/afdeling
- S59 De groepsleiding moet vaak toestemming vragen voordat bepaalde activiteiten gedaan kunnen worden
- S68 De groepsleiding wordt in dit instituut niet gekend in de aanschaf van materialen
- S43 Stafleden maken vaak een praatje met de groepsleiding

Factor 3: arbeidssatisfactie over de informatie-verstrekking (AS3) ($\alpha = .80$)

- S50 De groepsleiding is op de hoogte waarom veranderingen nodig zijn
- S46 Van de belangrijke dingen in het instituut wordt de groepsleiding goed op de hoogte gehouden
- S44 De groepsleiding hoort te weinig over de gang van zaken in het instituut
- S23 Ik word geregeld op de hoogte gesteld of ik mijn werk goed doe
- S70 De leiding vertelt de groepsleiding te weinig over de gang van zaken in het instituut

³ De code voor de uitspraak verwijst naar het nummer ervan in de uitsprakenlijst in bijlage 12.

Factor 4: arbeidssatisfactie over de carrière en materiële werkomstandigheden (AS4) ($\alpha = .75$)

- S16 Ik ben tevreden met het salaris dat ik verdien
- S29 Bij dit instituut hoef je je geen zorgen te maken over je eigen toekomst
- S31 Ik zou willen dat er voor mij meer verdere opleidingsmogelijkheden waren
- S14 Alle noodzakelijke (hulp)middelen voor het verzorgen, verplegen en begeleiden van de bewoners zijn hier in goede staat

De scores op de factoren zijn berekend door de oorspronkelijke scores op de items te sommeren en te relateren aan de maximaal haalbare score, waarbij maximaal 30% van de items een missing value mogen hebben. De scores per leefgroep op de factor van arbeidssatisfactie zijn per leefgroep opgenomen in bijlage 14.

Om na te gaan of de factoren van arbeidssatisfactie terug te voeren zijn tot meer algemene factoren is een tweede orde factoranalyse uitgevoerd. Hieruit blijkt dat de vier factoren in één tweede orde factor arbeidssatisfactie (AS) samenvallen ($\alpha = .67$).

3.4 Achtergrondgegevens

Uit de beschreven onderzoeken in hoofdstuk 1 is naar voren gekomen dat achtergrondgegevens van invloed kunnen zijn op de centrale begrippen en/of hun onderlinge relatie; achtergrondgegevens als bijvoorbeeld leeftijd van personeel en bewoners, groepsgrootte en de zorgvraag van bewoners. Catshoek noemt de groepsgrootte, MacEachron noemt ratio personeel/bewoner. Mogelijk zijn andere achtergrondgegevens van invloed. Om tot genuanceerde resultaten te komen wordt een aantal achtergrondgegevens van de leefgroepen, de bewoners en de groepsleiding in het onderzoek opgenomen:

1. leefgroepgrootte

Het aantal bewoners van de leefgroep.

2. leefgroepniveau

Het niveau van de bewonersgroep volgens de instelling (1 = laag, 2 = midden, 3 = hoog).

3. ambulantiegraad

De proportie bewoners die volgens de opvatting van de groepsleiding zelfstandig kan lopen, berekend per leefgroep (variërend van 0 = niemand van de bewoners kan zelfstandig lopen, tot

1 = iedereen van de bewoners kan zelfstandig lopen).

4. verzorgingsmaat

De mate waarin de groepsleiding verzorgende en verplegende taken ten aanzien van de bewonersgroep heeft. De eindscore is bepaald door het gemiddelde van de leefgroep te berekenen door de sommatie van de individuele scores van de bewoners op het formulier (zie bijlage 1). Deze formulieren zijn ingevuld door de geïnterviewde leden van de groepsleiding. De eindscores variëren van 0 = de groepsleiding heeft geen verzorgende en verplegende taken, tot 22 = de groepsleiding heeft ten aanzien van iedereen in de bewonersgroep maximale verzorgende en verplegende taken.

5. bewonersleeftijd

Gemiddelde leeftijd van de bewonersgroep ten tijde van het onderzoek (1990).

6. groepsleiding/bewonerratio

Het aantal volledige formatieplaatsen van de groepsleiding per bewoner van de leefgroep.

7. mentorschap

De mate waarin gewerkt wordt met mentorschap in de leefgroep (0 = geen mentorschap, 2 = mentorschap ten aanzien van zorg of ten aanzien van contacten met verwanten van de bewoner, 4 = zowel mentorschap ten aanzien van zorg als contacten met verwanten)⁴.

8. opleiding groepsleiding

De gemiddelde opleiding van de groepsleiding van de leefgroep. De opleiding van de groepsleiding is ingedeeld in klassen, die een schaal vormen,

1 = geen, of geen gerichte opleiding

Lagere Beroeps Opleiding

eerste jaars leerling Z-verpleegkundige

2 = ziekenverzorging

tweede jaars leerling Z-verpleegkundige

derde jaars leerling Z-verpleegkundige

3 = gediplomeerd Z-verpleegkundige

Middelbare Beroeps Opleiding

Middelbare Beroeps Opleiding met aanvullende cursussen

4 = Z-verpleegkundige met aanvullende cursussen

⁴ Een enkele keer was er reden een tussenvorm te scoren. Vandaar dat de score 3 soms voorkomt.

9. sekse groepsleiding

Het percentage vrouwelijke leden van de groepsleiding werkzaam in de leefgroep.

10. leeftijd groepsleiding

Gemiddelde leeftijd van de leden van de groepsleiding van de leefgroep, uitgedrukt in jaren.

11. dienstverband per week

Gemiddeld dienstverband per week van de groepsleiding van de leefgroep, uitgedrukt in procenten. 100 % is 40 uur.

Het merendeel van de gegevens is verkregen in de interviews met de groepshoofden en de groepsleiding. Voor het meten van de verzorgingsmaat en de bewonersleeftijd is per bewoner van de leefgroep een formulier ingevuld (zie bijlage 1). Aan de contactpersoon van de instelling is gevraagd leefgroepen te selecteren van respectievelijk hoog, midden en laag niveau.

Voordat we in hoofdstuk 5 ingaan op de integrale resultaten tussen de centrale begrippen worden in hoofdstuk 4 de resultaten van achtergrondgegevens, de centrale begrippen en van de achtergrondgegevens in relatie tot de centrale begrippen beschreven. In paragraaf 4.1 bespreken we de achtergrondgegevens van de leefgroepen. Vervolgens komen de centrale begrippen aan de orde in respectievelijk paragraaf 4.2 verzelfstandiging, in paragraaf 4.3 kwaliteit van zorg en in paragraaf 4.4 arbeidssatisfactie. Afsluitend worden in paragraaf 4.5 enkele conclusies en mogelijke interpretaties met betrekking tot de samenhangen tussen de centrale begrippen en de achtergrondgegevens gegeven. Voor een overzicht van de variabelen en de codes ervan verwijzen wij naar het uitklapbaar vouwblad.

4.1 Achtergrondgegevens

Uit tabel 4.1 blijkt dat de leefgroepen verschillend scoren op de diverse achtergrondgegevens. De wijze van berekenen van de achtergrondgegevens is besproken in paragraaf 3.4.

1. leefgroepgrootte (AV1)

De gemiddelde leefgroepgrootte is 11.4. De kleinste bewonersgroep bestaat uit 6 bewoners en de grootste bewonersgroep uit 16 bewoners.

2. leefgroepniveau (AV2)

Het gemiddelde leefgroepniveau is nagenoeg twee, dit wil zeggen middenniveau. De verdeling is conform de gevraagde selectie.

3. ambulantiegraad (AV3)

De gemiddelde ambulantiegraad bedraagt 0.76. Dit wil zeggen dat gemiddeld 76 procent van de bewoners kan lopen. De minimale score is 0 en de maximale score is 1. Dit houdt in dat er zowel leefgroepen zijn waar geen enkele bewoner kan lopen als leefgroepen waar alle bewoners zelfstandig kunnen lopen.

Tabel 4 1

De gemiddelde, de standaarddeviatie de laagste en de hoogste score van de achtergrondgegevens op leefgroepniveau N is 62

Achtergrondgegevens	code	gemiddelde score	standaard deviatie	laagste score	hoogste score
Leefgroepgrootte	AV1	11 40	2 28	6 00	16 00
Leefgroepniveau	AV2	1 98	0 28	1 00	3 00
Ambulantiegraad	AV3	0 76	0 32	0 00	1 00
Verzorgingsmaat	AV4	5 85	3 78	0 71	13 66
Bewonersleeftijd	AV5	36 30	11 43	12 00	74 10
Groepsleiding/bewonerratio	AV6	0 56	0 14	0 32	0 95
Mentorschap	AV7	2 39	1 74	0 00	4 00
Opleiding groepsleiding	AV8	2 52	0 33	1 87	3 28
Sekse groepsleiding	AV9	79 90	16 69	40 00	100 00
Leeftijd groepsleiding	AV10	28 80	4 56	23 30	48 20
Dienstverband per week	AV11	77 30	8 06	47 79	91 66

4. verzorgingsmaat (AV4)

De gemiddelde score op de verzorgingsmaat is 5.85. Gemiddeld genomen zijn de bewoners op bijna 6 aspecten verzorgings- en of verplegingsbehoevend. De laagste score is 0.71. Van deze bewonersgroep zijn de bewoners nog niet op 1 aspect gemiddeld verzorgings- en of verplegingsbehoevend. De hoogste score is 13.66. Dit wil zeggen dat van deze bewonersgroep de bewoners gemiddeld op bijna 14 van de 22 aspecten verzorgings- en of verplegingsbehoevend zijn.

5. bewonersleeftijd (AV5)

De gemiddelde bewonersleeftijd is 36 jaar. De laagste gemiddelde leeftijd van een bewonersgroep is 12 jaar en de hoogste gemiddelde leeftijd van een bewonersgroep is 74 jaar.

6. groepsleiding/bewonerratio (AV6)

De gemiddelde groepsleiding/bewonerratio is .56. Dit wil zeggen dat gemiddeld per bewoner er iets meer dan een halve volledige formatieplaats aan groepsleiding beschikbaar is. De laagste score is .32; er zijn leefgroepen waar per bewoner slechts een derde volledige formatieplaats beschikbaar is. De hoogste score is .95; op de leefgroep met de hoogste groepsleiding/bewonerratio is per bewoner bijna één volledige formatieplaats beschikbaar.

7. mentorschap (AV7)

De gemiddelde mentorscore is 2.39. Gemiddeld genomen wordt er aan mentorschap gedaan, ofwel mentorschap ten aanzien van de zorg ofwel mentorschap ten aanzien van het onderhouden van contacten met verwanten. Zowel geen mentorschap, de score 0, als volledig mentorschap, de score 4 komt voor. Volledig mentorschap wil zeggen dat zowel de coördinatie van de zorg als de contacten met familie en verwanten door één groepsleider bijgehouden worden.

8. opleiding groepsleiding (AV8)

De gemiddelde score op de opleiding van de groepsleiding is 2.52. Deze gemiddelde score valt in de derde klasse en is van middelbaar niveau. De laagste gemiddelde score van een leefgroep is 1.87. Dit houdt in dat de groepsleiding van deze bewonersgroep gemiddeld minder dan een middelbare beroepsopleiding heeft. De hoogste gemiddelde score van een leefgroep is 3.28 en dat wil zeggen dat de groepsleiding van deze bewonersgroep gemiddeld bijna een hogere beroepsopleiding heeft gevolgd.

9. sekse groepsleiding (AV9)

Het gemiddeld percentage vrouwelijke groepsleiding is 79,9. Met andere woorden bijna 80 procent van de groepsleiding is gemiddeld gesproken vrouw. Het laagste percentage vrouwelijke groepsleiding van een leefgroep is 40 procent en het hoogste percentage is 100 procent. Er zijn enkele leefgroepen waar meer mannelijke dan vrouwelijke groepsleiding werkt.

10. leeftijd groepsleiding (AV10)

De gemiddelde leeftijd van de groepsleiding is 28.8 jaar. De laagste gemiddelde leeftijd van de groepsleiding van een leefgroep is 23.3 jaar en de hoogste gemiddelde leeftijd van de groepsleiding van een leefgroep is 48.2 jaar.

11. dienstverband per week (AV11)

100 % is 40 uur. Het gemiddelde dienstverband per week is 77.3 procent (30,9 uur). Het laagste gemiddelde dienstverband van de groepsleiding van een leefgroep is 47.8 procent. De hoogste score is 91.7 procent.

Vervolgens worden de onderlinge relaties tussen de achtergrondgegevens beschreven. In tabel 4.2 zijn de samenhangen tussen de achtergrondgegevens opgenomen. Tevens is in dit overzicht 'instelling' als variabele meegenomen.

Als de meest opvallende samenhangen komen de volgende naar voren. Bij de onderzochte leefgroepen blijken Leefgroepniveau (AV2), Ambulantiegraad (AV3) en Verzorgingsmaat (AV4) onderling sterk te correleren. Dit wil zeggen dat veelal in één leefgroep bewoners verblijven met een laag niveau, die weinig of niet zelfstandig kunnen lopen en die bovendien veel verzorging en verpleging behoeven. Daarentegen zijn er leefgroepen met bewoners van hoog niveau die zelfstandig kunnen lopen en weinig verzorging en verpleging nodig hebben. Vervolgens blijkt Leefgroepniveau (AV2) en Ambulantiegraad (AV3) sterk negatief te correleren met Groepsleiding/bewonerratio (AV6). Naarmate het niveau van de leefgroep lager is en de bewoners minder zelfstandig kunnen lopen, werkt er in verhouding meer groepsleiding per bewoner binnen de leefgroep. Bovendien werken in deze leefgroepen met laag niveau bewoners vaker minder hoog opgeleide, vooral vrouwelijke en jonge groepsleiders. Naarmate de Verzorgingsmaat (AV4) hoger is van een leefgroep, is in verhouding het aantal groepsleiders per bewoner hoger. Naarmate het aantal bewoners van de leefgroep groter is, is het aantal groepsleiders per bewoner lager. Bij een gemiddeld hogere leeftijd van de bewoners van de leefgroep is de gemiddelde leeftijd van de groepsleiding eveneens hoger.

Opvallend is dat de aan- of afwezigheid van Mentorschap (AV7) alleen instellingsgebonden is en niet met andere variabelen correleert.

Het aantal bewoners per leefgroep, de Leefgroepgrootte (AV1), de Sekse van de groepsleiding (AV9) en de Leeftijd van de groepsleiding (AV10) zijn instellingsgebonden.

Tabel 4.2

De pearsoncorrelaties tussen de achtergrondgegevens. Voor de samenhang tussen de variabele instelling en de achtergrondgegevens is de eta gebruikt. Voor correlaties zonder sterretje is het significantieniveau .05, met één * .01 en met twee ** .001. N is minimaal 59 en maximaal 62.

Achtergrondgegevens	code	AV1	AV2	AV3	AV4	AV5	AV6	AV7	AV8	AV9	AV10	AV11	Instelling (eta)
Leefgroepgrootte	AV1	1 00	-	-	-	-	-35 *	-	-	25	+ 28	+ 36 *	60 *
Leefgroepniveau	AV2		1 00	+ 69 **	-81 **	-	-54 **	-	+ 41 **	-38 *	+ 30 *	-	-
Ambulantiegraad	AV3			1 00	-82 **	+ 31 *	-56 **		+ 35 *	-43 **	+ 37 *	-	-
Verzorgingsmaat	AV4				1 00	-23	+ 71 **	-	-45 **	+ 49 **	-48 **	-	-
Bewonersleeftijd	AV5					1 00	-22	-	-	-32 *	+ 46 **	+ 34 *	56
Groepsleiding/be-wonerratio	AV6						1 00	-	-33 *	+ 43 **	-53 **	-	-
Mentorschap	AV7							1 00	-	-	-	-	63
Opleiding groeps-leiding	AV8								1 00	-43 **	-	-	-
Sekse groepslei-ding	AV9									1 00	-57 **	-39 *	61 *
Leeftijd groepslei-ding	AV10										1 00	+ 23	62 *
Dienstverband per week	AV11											1 00	-

De antwoorden op de vragen met betrekking tot verzelfstandiging leveren interessante gegevens op. Zo blijkt uit de antwoorden op de vragen die verzelfstandiging ten aanzien van verzorging en verpleging meten dat in alle interviews de groepsleiding genoemd wordt als de instantie die de beslissingen neemt. Zij beslist over het deelnemen aan ontspanningsactiviteiten of uitstapjes van de bewoners en over het al dan niet gebruik maken van het openbaar vervoer met de bewoners. Materialen voor de aankleding van de leefruimte van de bewoners kunnen gekocht worden in winkels naar keuze. De aanschaf van nieuwe kleren voor de bewoners en ook de aanschaf van nieuw speelgoed of hobbymateriaal wordt vooral door de groepsleiding bepaald. Zo ook hoe de vakantiebudgetten voor de bewoners besteed worden.

Vooraf door anderen dan de groepsleiding wordt de samenstelling van het menu voor de warme maaltijd en ook, hoewel in mindere mate, het tijdstip van de warme maaltijd bepaald. Het tijdstip van het ontbijt daarentegen wordt vooral door de groepsleiding bepaald. Opmerkelijk is dat 80% van de leefgroepen feitelijk materiaal heeft om kleine mankementen op te lossen of klusjes uit te voeren in de leefgroep. Daarentegen heeft slechts 20% van de leefgroepen formeel de beschikking gekregen over gereedschap.

Het verdelen van het werk, het vaststellen van het dienstrooster en de besluitvorming inzake het opnemen van vrije dagen wordt vooral door de groepsleiding gedaan.

Het bepalen van de leefgroepdoelstelling en het vaststellen van begeleidingsplannen voor de bewoners komt vooral in overleg tussen groepsleiding, hogere leiding en staf tot stand, waarbij groepsleiding een grote inbreng heeft. Dit geldt eveneens voor het nemen van de beslissing dat voor een bewoner een speciale begeleiding noodzakelijk is. Contacten tussen groepsleiding en arts of gedragswetenschappelijk medewerker verlopen direct zonder inschakeling van hogere leiding, evenals contacten met de centrale keuken en de technische dienst.

De beslissing over het opnemen van een nieuwe bewoner van buiten de instelling in de leefgroep is vooral een zaak van hogere leiding en staf, waarbij de groepsleiding gehoord wordt. Het starten van een procedure tot overplaatsing van een bewoner wanneer deze niet past in de leefgroep wordt vooral in overleg tussen groepsleiding en staf en hogere leiding gedaan, waarbij de groeps-

leiding een grote inbreng heeft.

Op de volgende vragen wordt er meer gedifferentieerd gescoord onder de geïnterviewden. Over de aankopen voor het interieur van de leefgroep en de aankoop van bijvoorbeeld een videorecorder of een lichtinstallatie wordt bij een groot aantal leefgroepen in overleg (51,2%), in andere leefgroepen door de groepsleiding (30,6%) of door anderen buiten de leefgroep (17,4%) besloten. Evenals het serviesgoed, dat in bijna de helft van de leefgroepen door de groepsleiding wordt uitgekozen (48,8%) en in bijna de andere helft van de leefgroepen verstrekt wordt uit het centrale magazijn (46,3%).

De hogere leiding en/of anderen beslissen in 49,6% van de leefgroepen over de frequentie van schoonmaken en in 32,2% van de leefgroepen over het tijdstip van schoonmaken van de leefgroep-ruimte door de schoonmaakdienst. De groepsleiding beslist in respectievelijk 14% en 15,7% van de leefgroepen hierover.

Het beheren van de budgetten voor de aankoop van kleding, het organiseren van ontspanningsactiviteiten en voor vakanties wordt in respectievelijk 41,3%, 50,4% en 54,5% van de leefgroepen door de groepsleiding gedaan. Het beheer van het budget voor het interieur van de leefgroep wordt vooral door hogere leiding en of anderen (66,1%) gedaan. Groepsleiding wordt wel bij de besluitvorming betrokken.

Met betrekking tot groepsleidingsaangelegenheden beslist vooral de hogere leiding of anderen dan de groepsleiding. De groepsleiding beslist slechts in 5,8% van de leefgroepen over het aannemen van nieuwe groepsleiding, in 5% over het overplaatsen van groepsleiding, in 18,2% over het tijdelijk lenen of uitlenen van groepsleiding en in 11,6% over het inschakelen van vervanging bij ziekte van groepsleiding. In 9,9% van de leefgroepen regelt de groepsleiding de ziektevervanging en in 30,6% stelt zij de diensttijden vast.

In de factoren van verzelfstandiging zijn de vragen die differentiëren opgenomen. In tabel 4.3 zijn de gemiddelde, de hoogste en de laagste scores met betrekking tot de zeven verzelfstandigingsfactoren opgenomen, evenals de standaarddeviatie.

Tabel 4.3

De gemiddelde, de standaarddeviatie, de laagste en de hoogste score van de factoren van verzelfstanding op leefgroepniveau. De scores lopen van 0 tot 6. N is 62.

factoren van verzelfstanding	code	gemiddelde score	standaarddeviatie	laagste score	hoogste score
verzelfstanding ten aanzien van budgetbeheer	VZ1	4.09	1.58	0.20	6.00
verzelfstanding ten aanzien van begeleiding	VZ2	4.69	0.72	2.58	6.00
verzelfstanding ten aanzien van interieurkeuze	VZ3	4.31	1.35	0.50	6.00
verzelfstanding ten aanzien van huishouding	VZ4	2.14	1.63	0.00	6.00
verzelfstanding ten aanzien van personeelsbeleid	VZ5	2.51	1.15	0.20	5.33
verzelfstanding ten aanzien van werkdruk	VZ6	4.39	0.79	2.50	6.00
verzelfstanding ten aanzien van overplaatsing	VZ7	3.94	1.07	2.00	6.00

Uit tabel 4.3 kan gelezen worden dat de verzelfstanding ten aanzien van Begeleiding (VZ2) van de bewoners de hoogste gemiddelde score heeft en dat de laagste score op deze factor ook relatief hoog is. Dit wil zeggen dat ten aanzien van de Begeleiding (VZ2) de groepsleiding gemiddeld een grote zeggenschap heeft. Dit geldt eveneens voor de factor Werkdruk (VZ6) en in mindere mate voor de factor Overplaatsing (VZ7). Ten aanzien van de factoren Budgetbeheer (VZ1) en Interieurkeuze (VZ3) is de gemiddelde mate van verzelfstanding eveneens hoog, maar op deze factoren wordt ook door een aantal leefgroepen laag gescoord. Dit wil zeggen dat er zowel leefgroepen zijn met een zeer hoge mate van verzelfstanding ten aanzien van Budgetbeheer (VZ1) en Interieurkeuze (VZ3) en dat er tevens leefgroepen zijn die nagenoeg geen verzelfstanding ten aanzien van deze factoren hebben.

De gemiddelde scores op verzelfstanding ten aanzien van de factoren Personeelsbeleid (VZ5) en Huishouding (VZ4) zijn aanzienlijk lager. Ook op deze factoren zijn er leefgroepen die een hoge mate van verzelfstanding scoren en leefgroepen die een zeer lage mate van verzelfstanding scoren. Er is sprake van spreiding in de mate van verzelfstanding van de leefgroepen. De meeste spreiding in de mate van verzelfstanding is te vinden bij verzelfstanding ten aanzien van Huishouding (VZ4), Budgetbe-

heer (VZ1) en Interieurkeuze (VZ3). De minste spreiding is er ten aanzien van de verzelfstandiging ten aanzien van de Werkdruk (VZ6) en van de verzelfstandiging met betrekking tot de Begeleiding (VZ2) van de bewoners.

De tweede orde factor verzelfstandiging ten aanzien van het Beheer van de meer financiële zaken (VZ8) houdt vooral in: het aannemen en ontslaan van groepsleiding, het inschakelen van vervanging bij ziekte van groepsleiding, het beheren van ontspannings-, kleding- en vakantiebudgetten van de bewoners en het bepalen van het interieur van de leefgroep.

De tweede orde factor verzelfstandiging ten aanzien van de meer Immateriële en organisatorische zaken (VZ9) houdt in: het bepalen van het aantal taken, de volgorde van de taken, het werktempo, de dagbesteding van de bewoners, het deelnemen van bewoners aan activiteiten buiten de instelling, de leefgroepdoelstelling, het tijdstip waarop de warme maaltijd gegeten wordt, het tijdstip waarop en hoe vaak de leefruimte schoongemaakt wordt en als laatste het kunnen meebepalen dat een bewoner niet past in de leefgroep zodat een procedure van overplaatsing gestart wordt.

In tabel 4.4 worden de gemiddelde, hoogste en laagste scores op deze tweede orde factoren van verzelfstandiging weergegeven.

Tabel 4.4 De gemiddelde, de standaarddeviatie, de laagste en de hoogste score van de tweede orde factoren van verzelfstandiging op leefgroepniveau. De scores lopen van 0 tot 6. N is 62.

Tweede orde factoren van verzelfstandiging	code	gemiddelde score	standaarddeviatie	laagste score	hoogste score
Verzelfstandiging ten aanzien van <i>Beheer van financiële zaken</i> (personeelsbeleid VZ5, budgetbeheer VZ1 en interieurkeuze VZ3) ($\alpha = .70$)	VZ8	3.64	1.08	0.57	5.63
Verzelfstandiging ten aanzien van <i>Immateriële en organisatorische zaken</i> (werkdruk VZ6, begeleiding VZ2, huishouding VZ4 en overplaatsing VZ7) ($\alpha = .53$)	VZ9	3.79	0.72	2.12	5.71

Op de twee tweede orde factoren ten aanzien van verzelfstandiging zijn de gemiddelde scores minder extreem geworden. De eer-

ste tweede orde factor, verzelfstandiging ten aanzien van Beheer van financiële zaken (VZ8), toont de meeste spreiding. Dit betekent dat er zowel leefgroepen met een zeer lage mate van verzelfstandiging als leefgroepen met een zeer hoge mate van verzelfstandiging voorkomen. Op de tweede orde factor verzelfstandiging ten aanzien van Immateriële en organisatorische zaken (VZ9) wordt minder extreem gescoord. Vooral de laagste score ligt aanzienlijk hoger. Toch komen hier eveneens leefgroepen voor met een hoge mate van verzelfstandiging en leefgroepen met een lage mate van verzelfstandiging.

Verbanden tussen achtergrondgegevens en mate van verzelfstandiging

In tabel 4.5 worden de correlaties tussen de factoren van verzelfstandiging en de achtergrondgegevens weergegeven. De variabele instelling is in deze tabel eveneens opgenomen om na te gaan in hoeverre de mate van verzelfstandiging instellingsafhankelijk is.

Er zijn slechts incidentele verbanden tussen achtergrondgegevens en mate van verzelfstandiging. Een gering verband bestaat tussen de leeftijd van de bewoners (AV5) en de mate van verzelfstandiging ten aanzien van Interieurkeuze (VZ3); bij leefgroepen met gemiddeld jonge bewoners heeft de groepsleiding meer zeggenschap ten aanzien van de inrichting van de leefgroep.

Wel blijken instellingen zeer significant te verschillen in de mate van verzelfstandiging ten aanzien van Budgetbeheer (VZ1), Begeleiding (VZ2), Interieurkeuze (VZ3), Huishouding (VZ4) en Personeelsbeleid (VZ5), welke significant zijn op niveau $p < .001$ en in mindere mate in de verzelfstandiging ten aanzien van Overplaatsing (VZ7). Geen verschil is er tussen de instellingen in de mate van verzelfstandiging ten aanzien van de Werkdruk (VZ6).

Tabel 4.5 De pearsoncorrelaties tussen de achtergrondgegevens en de factoren van verzelfstanding. Met betrekking tot de variabele instelling en de factoren van verzelfstanding is de eta berekend. Voor correlaties zonder sterretje is het significantieniveau .05, met één * .01 en met twee ** .001. N is minimaal 59 en maximaal 62.

achtergrondgegevens	factoren van verzelfstanding code	VZ1 budget- beheer	VZ2 begeleiding	VZ3 interieur- keuze	VZ4 huis- houding	VZ5 personeels- beleid	VZ6 werkdruk	VZ7 over- plaatsing
Leefgrootte	AV1							
Leefgrootniveau	AV2							
Ambulantiegraad	AV3							
Verzorgingsmaat	AV4							
Bewonersleeftijd	AV5			-.36 *				+ .21
Groepsleiding/bewonerratio	AV6						-.23	-.21
Mentorschap	AV7					+ .23		
Opleiding groepsleiding	AV8							
Sekse groepsleiding	AV9					+ .25		
Leeftijd groepsleiding	AV10			-.21		-.25		
Dienstverband per week	AV11				+ .26			
Instelling (eta)		+ .86 **	+ 68 **	+ .79 **	+ 71 **	+ .86 **		+ 58

Resultaten met betrekking tot het instrument 'Kwaliteit van de verpleegkundige zorg'

Over de percentage verdelingen van de items van het instrument Kwaliteit van de verpleegkundige zorg (zie bijlage 10d) is een aantal opmerkingen te maken. Ten eerste blijkt op een aantal taken bijna alle leefgroepen te scoren. In nagenoeg alle leefgroepen wordt het individuele dagprogramma van de bewoner afgestemd op het tijdschema van de leefgroep, ziet de groepsleiding toe op voldoende rust en slaap voor de bewoners, heeft de groepsleiding aandacht voor feestdagen en verjaardagen, stimuleert zij de mantelzorg voor de bewoners, rapporteert ten behoeve van de individuele bewoners en is zij duidelijk in haar handelen naar de bewoners toe. Ten tweede blijkt op een aantal taken alle of nagenoeg alle leefgroepen niet te scoren: formuleren van verpleegdoelen voor de individuele bewoners en voor de bewonersgroep, vaststellen van prioriteiten ten behoeve van de bewonersgroep, rapporteren over de reden van het niet halen van verpleegdoelen voor de individuele bewoners en de bewonersgroep. Ten derde wordt op een aantal taken duidelijk verschillend gescoord. De taken waarop het meest verschillend gescoord wordt betreffen¹: het tonen van betrokkenheid door middel van het vastleggen van aandachtspunten betreffende de belevingswereld van de bewoner (51%-49%), het bieden van emotionele steun door de groepsleiding (38%-62%), begeleiding van de familie (25%-75%), voorlichting aan de bewoner (66%-34%), stervensbegeleiding (46%-54%), het op creatieve wijze uitvoeren van het dagprogramma (52%-48%) en het administratief bijhouden van medicatielijsten (41%-59%).

In tabel 4.7 worden de gemiddelde scores op de vier dimensies van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg weergegeven, evenals de standaarddeviatie, de laagste en de hoogste score per dimensie.

¹

Het eerste percentage betekent niet gescoord en het tweede percentage betekent wel gescoord.

Tabel 4.7

De gemiddelde, de standaarddeviatie, de laagste en de hoogste score van de dimensies van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg op leefgroepniveau. De scores lopen van 0 tot 100 %, waarbij de score 100 % de hoogste kwaliteit betekent. N is 61.

dimensie	code	gemiddelde score	standaard-deviatie	laagste score	hoogste score
Relatie/zelfzorg en mantelzorg	KZ1	78.85	11.00	57.00	100.00
Leefmilieu	KZ2	83.02	13.40	40.00	100.00
Structuren	KZ3	66.61	16.30	33.00	100.00
Coördinatie	KZ4	24.38	8.98	9.00	54.00

Er zijn zowel leefgroepen die een aanzienlijk lage kwaliteit scoren als leefgroepen die de maximaal te behalen kwaliteit scoren. Ten aanzien van de dimensies Vorm en inhoud geven aan de relatie met de bewoner en het ondersteunen van de zelfzorg (KZ1) en Vorm en inhoud geven aan het leefmilieu van de bewoner (KZ2), wordt gemiddeld een hoge kwaliteit gescoord. Op de dimensie Gebruik maken van bestaande structuren ten behoeve van een optimale verpleging (KZ3) wordt gemiddeld een lage kwaliteit gescoord. Op deze dimensie scoren sommige leefgroepen heel erg laag en andere leefgroepen scoren de maximaal te behalen kwaliteit. Op de laatste dimensie, Dragen van de verantwoordelijkheid voor de coördinatie (KZ4) van de verpleging van de bewonersgroep en/of een individuele bewoner, wordt gemiddeld een zeer lage kwaliteit gescoord. Dit houdt vooral in dat weinig gewerkt wordt met verpleegdoelen en/of behandelplannen en dat er weinig gerapporteerd wordt met betrekking tot de bewoners als groep.

Resultaten met betrekking tot de instrumenten die condities waaronder ontwikkeling mogelijk is meten

Ten aanzien van de schalen die de condities meten kan opgemerkt worden dat de antwoorden op de vragen in deze onderzoekspopulatie in geringe mate differentiëren. In de schaal waarmee het Bewonersgericht handelen (KZ7) gemeten wordt, komen soms kleine en soms duidelijke verschillen naar voren. De verschillen bestaan hieruit dat in sommige leefgroepen de bedtijden voor de bewoners door de week en in het weekend hetzelfde (24.8%) en bij andere leefgroepen verschillend zijn (32.2%). In enkele leefgroepen worden vele bewoners 's nachts zonder meer verschoond (11.6%), in andere niet (40.5%). In ruim 60% van de leefgroepen blijft speel-

goed persoonlijk bezit van de bewoners, in bijna 30% van de leefgroepen is het speelgoed algemeen bezit. Zo zijn er leefgroepen waar iedere bewoner een eigen kast voor zijn kleding heeft (76%) en er zijn leefgroepen waar de kleding als het ware in een grote garderoberuimte hangt (9.9%). Er zijn leefgroepen waar voor iedere bewoner de tafel gedekt wordt (68.6%) en er zijn leefgroepen waar geen tafel gedekt wordt (11.6%). Voor een aantal leefgroepen zijn de andere ruimten van het paviljoen gesloten voor de bewoners (9.1%), in andere leefgroepen hebben de bewoners vrije toegang tot andere ruimten in het paviljoen (32.2%). Er zijn leefgroepen waar de groepsleiding mee eet met de bewoners (44.6%) en leefgroepen waar dit niet het geval is (14.9%). Eveneens zijn er leefgroepen waar de groepsleiding mee televisie kijkt (43%) en er zijn leefgroepen waar dit niet het geval is (5.8%).

Wat de schaal Contacten in de samenleving (KZ5) betreft zijn er tussen de leefgroepen vooral verschillen met betrekking tot het al dan niet winkelen buiten het terrein, het wel of niet gebruik maken van het openbaar vervoer, het wel of niet maken van een rit met de auto of bus, het al dan niet eten buiten de instelling en het wel of niet afleggen van visites met de ouders of verwanten.

Wat de Fysieke omgeving betreft zien wij verschillen met betrekking tot het aantal badkamers, douches, wastafels en toiletten tot het aantal bewoners, het aantal bewoners dat een slaapkamer deelt, de aankleding van de slaapkamers, het aantal bewoners dat een huiskamer moet delen en de wijze van aankleding van de huiskamer.

In tabel 4.6 worden de gemiddelde scores met betrekking tot de drie traditionele schalen op een rij gezet.

Zowel wat de Contacten in de samenleving (KZ5) als de Fysieke omgeving (KZ6) betreft zijn de gemiddelde scores laag in verhouding tot de maximaal te behalen scores. Dit houdt in dat gemiddeld genomen de bewonersgroepen relatief weinig van het instellingsterrein afgaan en dat de directe leefomgeving weinig stimulerend is. Wat betreft de Contacten in de samenleving (KZ5) zijn er relatief grote verschillen tussen de leefgroepen. Er zijn zowel leefgroepen waar bijna niemand van de bewoners van het terrein afgaat, maar er zijn ook leefgroepen waar de bewoners voor diverse zaken van het terrein afgaan. In de bezoeken aan de directe omgeving van de leefgroepen zijn er eveneens verschillen.

Tabel 4.6

De gemiddelde, de standaarddeviatie, de laagste en de hoogste score van de dimensies van de drie conditionele schalen op leef-groepniveau. De scores lopen bij Contacten in de samenleving en Fysieke omgeving van 1 (laagste kwaliteit) tot 5 (hoogste kwaliteit). In de dimensies van het instrument 'Bewonersgericht handelen' lopen de scores van 0 (laagste kwaliteit) tot 2 (hoogste kwaliteit). N is 62, behalve bij de dimensie groepsbehandeling van het instrument 'Bewonersgericht handelen'. Bij deze dimensie is N 40.

schaal kwaliteit van zorg	code	gemiddel- de score	standaard- deviatie	laagste score	hoogste score
Contacten in de samenleving (1-5)	KZ5	2.02	0.62	1.08	3.69
Fysieke omgeving (1-5)	KZ6	2.74	0.44	1.96	3.55
Bewonersgericht handelen (0-2)	KZ7	1.67	0.21	1.24	2.00
rigiditeit		1.63	0.35	0.75	2.00
groepsbehandeling		1.71	0.25	1.14	2.00
depersonalisatie		1.80	0.23	1.06	2.00
afstand bewoners- groepsleiding		1.45	0.35	0.67	2.00

De schaal voor het meten van het Bewonersgericht handelen (KZ7) is verder uitgesplitst naar de dimensies: rigiditeit in de dagelijkse routine, groepsbehandeling van de bewoners, mate van depersonalisatie en sociale afstand tussen de bewoners en de groepsleiding. Op de schaal voor het meten van het Bewonersgericht handelen (KZ7) wordt gemiddeld hoog gescoord en is er slechts een geringe spreiding in de scores. De bewoners van alle leefgroepen worden praktisch meer bewonersgericht benaderd dan instellingsgericht. Per dimensie is er wel meer spreiding in de hoogste en laagste scores. Met name op de dimensies rigiditeit in de dagelijkse routine en de dimensie sociale afstand tussen groepsleiding en bewoners wordt behalve hoog ook vrij laag gescoord.

De totaalfactor Ontwikkelingsvoorwaarden (KZ8) houdt in: de wijze waarop groepsleiding met de bewoners omgaat; meer uitgaan van de behoeften van de bewoners of meer uitgaan van de instituutsgerichte vereisten zoals efficiency; in hoeverre de omgeving meer ontwikkelingsmogelijkheden biedt voor de bewoners door aan te geven hoeveel ruimte er per bewoner is en hoe de mogelijkheden om de leefruimte aan te kleden gerelateerd per

bewoner, benut is; of en hoe vaak de bewoners van een leefgroep van het instellingsterrein afgaan; hoe vaak zij in contact komen met aspecten van de samenleving buiten de instelling.

De totaalfactor Verpleegkwaliteit (KZ9) betreft de aspecten: - de verpleegkundige geeft vorm en inhoud aan het leefmilieu van de bewoners (KZ2), zoals privacy, betrokkenheid, aandacht voor feestdagen en verjaardagen en veiligheid, - de verpleegkundige maakt gebruik van bestaande structuren binnen de leefgroep ten behoeve van een optimale verpleging (KZ3), zoals rustig verlopen-de maaltijden, flexibele omgang met de dagprogramma's voor de bewonersgroep en voor de individuele bewoners, en als laatste aspect - de verpleegkundige draagt verantwoordelijkheid voor de Coördinatie (KZ4) van de verpleging van een bewonersgroep en of een individu binnen de groep, zoals schriftelijke rapportage met betrekking tot verpleegdoelen, verpleegplannen, bijzonder gedrag en medicatie van de bewoners en de evaluatie hiervan.

In tabel 4.8 worden de gemiddelden, de standaarddeviatie, de hoogste en laagste scores van de twee totaalfactoren van kwaliteit van zorg weergegeven.

Tabel 4.8 De gemiddelde, de hoogste, de laagste score en de standaarddeviatie van de twee totaalfactoren van kwaliteit van zorg op leefgroepniveau. De scores van de totaalfactor Ontwikkelingsvoorwaarden lopen van 1 tot 10, waarbij 10 een hoge kwaliteit van zorg inhoudt. De scores van de totaalfactor Verpleegkwaliteit lopen van 0 tot 100%, waarbij de score 100% de hoogste kwaliteit betekent. N is 61.

totaalfactoren kwaliteit van zorg	code	gemiddelde score	standaarddeviatie	laagste score	hoogste score
Ontwikkelingsvoorwaarden ($\alpha = .75$)	KZ8	5.94	0.93	4.52	7.96
Verpleegkwaliteit ($\alpha = .40$)	KZ9	58.00	8.94	28.67	77.67

Verhoudingsgewijs is de spreiding in de scores bij beide factoren even groot. Dit wil zeggen dat tussen de leefgroepen grote verschillen in de mate van kwaliteit van zorg voorkomen.

Verbanden tussen achtergrondgegevens en kwaliteit van zorg

In tabel 4.9 worden de samenhangen tussen de achtergrondgegevens en de schalen van kwaliteit van zorg weergegeven.

De kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van het Leefmilieu (KZ2) is hoger naarmate er in verhouding meer vrouwe-

lijke groepsleiding (AV9) werkt en bij een lagere gemiddelde leeftijd van de groepsleiding (AV10). Voorts is de dimensie verpleegkundige zorg ten aanzien van het Leefmilieu (KZ2) instellingsgebonden. De kwaliteit van de verpleegkundige zorg met betrekking tot gebruik van bestaande structuren (KZ3) is zeer sterk instellingsgebonden. De kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van de Coördinatie (KZ4) van de zorg hangt negatief samen met het leefgroepniveau (AV2) en positief met de mate van verzorging (AV4) die de bewonersgroep nodig heeft en de groepsleiding/bewonerratio (AV6). Anders gezegd, een hoge mate van Coördinatie (KZ4) gaat samen met leefgroepen met een laag Leefgroepniveau (AV2), leefgroepen met bewoners die veel verzorging en verpleging nodig hebben en leefgroepen waar veel groepsleiding werkt ten opzichte van het aantal bewoners.

Contacten in de samenleving (KZ5) hangt sterk positief samen met Leefgroepniveau (AV2) en Ambulantiegraad (AV3), positief met Opleiding van de groepsleiding (AV8) en sterk negatief met de mate van verzorging (AV4) die een bewonersgroep nodig heeft en negatief met Groepsleiding/bewonerratio (AV6). Anders gezegd integratie gaat samen met hoog niveau groepen, met leefgroepen waarvan de bewoners zich zelfstandig kunnen voortbewegen, die weinig verzorging en verpleging nodig hebben, waar weinig groepsleiding per bewoner werkt en waar hoog opgeleide groepsleiding werkt.

De kwaliteit van de Fysieke omgeving (KZ6) is hoger naarmate het niveau van de bewonersgroep hoger is, de bewoners zelfstandig kunnen lopen en naarmate de gemiddelde opleiding van de groepsleiding hoger is. De kwaliteit van de Fysieke omgeving (KZ6) is lager naarmate de bewonersgroep meer verpleging en verzorging nodig heeft en naarmate er verhoudingsgewijs minder groepsleiding per bewoner werkt. Naarmate de leeftijd van de groepsleiding (AV10) hoger is, is de kwaliteit van de Fysieke omgeving (KZ6) eveneens hoger.

Voor het Bewonersgericht handelen (KZ7) geldt nagenoeg hetzelfde als voor de mate van integratie en de Fysieke omgeving (KZ6). Er kan nog aan toe gevoegd worden dat Bewonersgericht handelen (KZ7) sterk negatief samenhangt met het percentage vrouwelijke groepsleiding (AV9).

Opvallend is dat de mate van Contacten in de samenleving (KZ5), de Fysieke omgeving (KZ6) en het Bewonersgericht handelen (KZ7) niet instellingsgebonden zijn.

Tabel 4.9 De pearsoncorrelaties tussen de achtergrondgegevens en de dimensies van kwaliteit van zorg. Met betrekking tot de variabele instelling en de dimensies van kwaliteit van zorg is de eta berekend. Voor correlaties zonder sterretje is het significantieniveau .05, met één * .01 en met twee ** .001. N is minimaal 59 en maximaal 62.

achtergrondgegevens	dimensies kwaliteit van zorg	KZ1 relatie	KZ2 leefmilieu	KZ3 structuren	KZ4 coördinatie	KZ5 contacten in de samenleving	KZ6 fysieke omgeving	KZ7 bewonersgericht handelen
	code							
Leefgroepgrootte	AV1		- .25					
Leefgroepniveau	AV2				-.32 *	+.66 **	+ .77 **	+ .56 **
Ambulantiëgraad	AV3				-.21	+ .52 **	+.67 **	+ .45 **
Verzorgingsmaat	AV4				+ .35 *	-.66 **	-.82 **	- .72 **
Bewonersleeftijd	AV5	- .24	- .26					
Groepsleiding/bewonerratio	AV6				+ .33 *	-.46 **	-.57 **	-.54 **
Mentorschap	AV7			+ .27				
Opleiding groepsleiding	AV8				-.26	+.32 *	+ .40 **	+ .43 **
Sekse groepsleiding	AV9		+ .33 *		+.23		- .37 *	-.43 **
Leeftijd groepsleiding	AV10		-.40 **		-.28	+.26	+ .45	+ .48 **
Dienstverband per week	AV11							
instelling (eta)			+.62 *	+.78 **				

De percentage verdelingen van de uitspraken over arbeidssatisfactie (bijlage 13) laten de volgende resultaten zien. Bij een aantal uitspraken differentiëren de scores nagenoeg niet. Vooral op de uitspraken met betrekking tot de interpersoonlijke relaties antwoorden vrijwel alle geïnterviewden dat zij tevreden zijn. Het betreft uitspraken als het kunnen praten over persoonlijke zaken, men ergert zich nauwelijks aan collega's, er heerst meestal een vriendelijke sfeer, men heeft plezier in het werk en er zijn nauwelijks onderlinge conflicten tussen collega's.

Andere uitspraken die nauwelijks differentiëren die een hoge mate van arbeidssatisfactie te zien geven, zijn: men vindt de zorg voor de bewoners in het algemeen goed; men werkt met plezier en is betrokken bij het werk; men kan de vaardigheden en kennis kwijt in het werk; men is tevreden met de sanitaire voorzieningen voor de groepsleiding; men heeft een grote verantwoordelijkheid in het werk en wordt vertrouwd in de uitvoering van het werk; de opdrachten die de groepsleiding krijgt zijn veelal duidelijk; er wordt rekening gehouden met persoonlijke omstandigheden evenals met persoonlijke wensen bij het maken van het dienstrooster; men vindt het dagprogramma van de bewoners niet overladen; de contacten met de pedagoog of psycholoog over de bewoners worden als goed ervaren; men is veelal op de hoogte van wat het groeps-hoofd met de hogere leiding overlegt; men vindt dat de groepsleiding de kans krijgt om collega's te leren kennen; men vindt niet dat anderen dan groepsleiding zich te veel bemoeien met de wijze van benaderen van bewoners; men is veelal tevreden over het aantal regels in de instelling; men kan het werk naar eigen inzicht uitvoeren en het opnemen van vakantiedagen verloopt in goed onderling overleg.

Op de volgende uitspraken wordt verschillend gescoord. Er zijn geïnterviewden die vinden dat er een jaagsysteem heerst (14.9%) en er zijn er die dat niet vinden (44.6%). Een aantal leden van de groepsleiding zou meer afwisseling in het werk willen (19%) en anderen zijn tevreden over de mate van afwisseling (59.5%). Een aantal leden van de groepsleiding vindt dat er geen overeenstemming is tussen wat ze kunnen doen en wat ze mogen doen (15.7%). Anderen vinden van wel (55.4%). Evenzo wordt het werken onder tijdsdruk door groepsleiding verschillend ervaren.

Een aantal leden van de groepsleiding is tevreden met het salaris (31.4%), anderen niet (33.9%). Het merendeel van de groepsleiding vindt wel dat het salaris te laag is voor het werk dat ze doet. Een deel vindt dat de hulpmiddelen in een goede staat zijn (49.6%), een deel vindt van niet (21.5%). Pauzeruimten zijn niet overal aanwezig en worden als ze aanwezig zijn zowel gezellig (24%) als ongezellig (16.5%) gevonden. Een deel van de groepsleiding vindt dat er voldoende plaats is om het administratieve werk te doen (35.5%) en een aantal vindt van niet (31.4%). Functioneringsgesprekken worden niet in alle leefgroepen gehouden. De geïnterviewden hebben een verdeelde mening over het op de hoogte gesteld worden over het goed verrichten van het werk. Over het goed inwerken van nieuwe collega's wordt door een aantal geïnterviewden getwijfeld. Zo ook over de inbreng van de groepsleiding over zaken die de groepsleiding aangaat en over het geen zorgen hoeven te maken over de eigen toekomst bij het instituut.

Men scoort verdeeld over het hebben van opleidingsmogelijkheden en over de mate van overeenstemming tussen de verantwoordelijkheden en taken en bevoegdheden, evenals over het maken van een praatje van stafleden met groepsleiding. De groepsleiding heeft een verdeelde mening en twijfelt voor een deel over het geïnformeerd zijn over belangrijke zaken in het instituut. Over het zelf kiezen van het werktempo zijn de meningen verdeeld, evenals over de wijze van werken. Het interieur van de leefruimte is niet overal afgestemd op de wensen van de bewoners meent 14.9% van de groepsleiding. Tevens vindt een deel van de groepsleiding dat ze meer te zeggen zou moeten hebben over het interieur van de leefruimte (27.3%). Over de uitspraak 'bewoners hangen hier vaak nietsdoend rond' zijn de meningen verdeeld, evenals over het aantal wisselingen van groepsleiding binnen de leefgroep.

Om tot de belangrijkste dimensies van arbeidssatisfactie te komen is evenals bij verzelfstandiging een factoranalyse toegepast. Bij de uitspraken ten aanzien van arbeidssatisfactie zijn vier factoren naar voren gekomen (zie bijlage 14).

In tabel 4.10 zijn de gemiddelde, de hoogste en de laagste scores op de factoren van arbeidssatisfactie vermeld, evenals de standaarddeviatie.

Tabel 4.10 De gemiddelde, de standaarddeviatie, de laagste en de hoogste score van de factoren van arbeidssatisfactie op leefgroepniveau. De scores lopen van 1 tot 5. N is 62.

factoren arbeids-satisfactie	code	gemiddelde score	standaard-deviatie	laagste score	hoogste score
Organisatie van het dagelijks werk	AS1	3.42	0.63	1.28	4.44
Invloed en medezeg-genschap	AS2	3.45	0.54	1.92	4.25
Informatieverstrekking	AS3	2.93	0.61	1.63	4.00
Carrière en materiële werkomstandigheden	AS4	3.40	0.47	1.90	4.00

De gemiddelde scores van de leefgroepen op de vier dimensies van arbeidssatisfactie zijn nagenoeg hetzelfde. Alleen de gemiddelde score ten aanzien van Informatieverstrekking (AS3) is lager. De spreiding in de scores op de factor Organisatie van het dagelijks werk (AS1) is het grootst. Dit houdt in dat er zowel groepsleiding is die tevreden is met de Organisatie van het dagelijks werk (AS1) als groepsleiding die ontevreden is met de Organisatie van het dagelijks werk (AS1). Op alle factoren van arbeidssatisfactie wordt zowel tevreden als ontevreden gescoord.

In tabel 4.11 is te zien dat de gemiddelde score van alle leefgroepen op de totaalfactor Arbeidssatisfactie nog verder naar het midden is getrokken. De spreiding in de scores is eveneens geringer geworden, evenals de hoogste en laagste scores.

Tabel 4.11 De gemiddelde, de standaarddeviatie, de laagste en de hoogste score van de totaalfactor arbeidssatisfactie op leefgroepniveau. De scores lopen van 1 tot 5. N is 62.

tweede orde factor arbeidssatisfactie	code	gemiddelde score	standaard-deviatie	laagste score	hoogste score
Arbeidssatisfactie ($\alpha = .67$)	AS	3.30	0.40	1.71	4.07

Verbanden tussen achtergrondgegevens en arbeidssatisfactie

Om na te gaan of de factoren van arbeidssatisfactie samenhangen met de achtergrondgegevens is tabel 4.12 opgenomen. In deze tabel is eveneens de variabele instelling meegenomen.

Met de arbeidssatisfactiefactor Organisatie van het dagelijks werk (AS1) hangt een aantal achtergrondgegevens samen. De tevre-

denheid met de Organisatie van het dagelijks werk neemt toe bij een afnemende Verzorgingsmaat (AV4) voor de leefgroep, een toenemende Ambulantiegraad (AV3) van de bewoners, een hoger Leefgroepniveau (AV2) en een kleinere Leefgroepgrootte (AV1). De tevredenheid ten aanzien van Invloed en medezeggenschap (AS2) neemt toe naarmate de Leeftijd van de groepsleiding (AV-10) lager is. Voorts is de mate van tevredenheid ten aanzien van de Organisatie van het dagelijks werk (AS1) instellingsgebonden. De andere factoren van arbeidssatisfactie zijn in een nog hogere mate gerelateerd aan de instelling.

Tabel 4.12 De pearsoncorrelaties tussen de achtergrondgegevens en de factoren van arbeidssatisfactie. Met betrekking tot de variabele instelling en de factoren van arbeidssatisfactie is de eta berekend. Voor correlaties zonder sterretje is het significantieniveau .05, met één * .01 en met twee ** .001. N is minimaal 59 en maximaal 62.

factor arbeidssatisfactie		AS1	AS2	AS3	AS4
achtergrond-gegevens	code	organisatie van het dagelijks werk	invloed en medezeggenschap	informatieverstrekking	carrière en materiële werkomstandigheden
Leefgroepgrootte	AV1	-.30 *	-.21		
Leefgroepniveau	AV2	+.34 *			
Ambulantiegraad	AV3	+.32 *			
Verzorgingsmaat	AV4	-.45 **			
Bewonersleeftijd	AV5		+.28		+.24
Groepsleiding/-bewonerratio	AV6	-.22			-.22
Mentorschap	AV7	-.23	+.22	-.25	
Opleiding groepsleiding	AV8				
Sekse groepsleiding	AV9	-.22			
Leeftijd groepsleiding	AV10		-.30 *		
Dienstverband per week	AV11				
Instelling (eta)		+.55	+.68 **	+.62 *	+.62 *

Uit de voorgaande resultaten kunnen verschillende conclusies getrokken worden. Indien mogelijk zal een verklaring gegeven worden voor de gevonden resultaten.

De grootte van de leefgroep (AV1) is gebonden aan de instelling. Er zijn instellingen met leefgroepen met gemiddeld een klein aantal bewoners en er zijn instellingen met leefgroepen met gemiddeld een groot aantal bewoners. Opvallend is dat de leefgroepgrootte (AV1) niet samengaat met het leefgroepniveau (AV2), de mate van ambulantie van de bewoners (AV3) en de mate waarin de bewoners verzorging en verpleging (AV4) nodig hebben. Deze laatste drie hangen wel onderling sterk samen. Leefgroepgrootte (AV1) hangt wel samen met de groepsleiding/bewonerratio (AV6), dit wil zeggen dat in leefgroepen met een groter aantal bewoners er minder groepsleiding per bewoner werkt.

Opmerkelijk is dat indien er relatief veel groepsleiding per bewoner op een leefgroep werkt, het opleidingsniveau van de groepsleiding lager is. Vrouwelijke groepsleiding is gemiddeld lager opgeleid en heeft gemiddeld een lagere leeftijd.

Naarmate het niveau van de bewoners hoger is, de bewoners zelfstandig kunnen lopen en de bewoners van de leefgroep weinig verzorging en verpleging nodig hebben, is het opleidingsniveau van de groepsleiding hoger dan bij laag niveau, minder ambulante en verzorgingsbehoevende bewonersgroepen.

verzelfstandiging

De gemiddelde verzelfstandiging ten aanzien van de Begeleiding (VZ2), Werkdruk (VZ6), Interieurkeuze (VZ3), Budgetbeheer (VZ1) en Overplaatsing (VZ7) is beduidend hoger (er wordt overlegd tussen groepsleiding en hogere leiding en staf) dan de verzelfstandiging met betrekking tot Personeelsbeleid (VZ5) en Huishouding (VZ4). Dit wijst erop dat de groepsleiding verhoudingsgewijs veel zeggenschap heeft over het begeleiden van bewoners, leefgroepdoelstellingen, het aantal taken, de volgorde van de taken en het tempo waarin de taken uitgevoerd worden, de keuze van het interieur, de bewonersbudgetten (kleding, ontspanning en vakantie) en over de noodzaak dat een bewoner overgeplaatst wordt. Aanzienlijk minder zeggenschap heeft de groepsleiding over personeelsaangelegenheden als het aannemen en ontslaan van groepsleiding, de inzet van vervanging bij ziekte en overplaatsingen van

groepsleiding, alsmede over huishoudelijke aangelegenheden als tijdstip van de warme maaltijd en het tijdstip van het schoonmaken van de leefgroep door de schoonmaakdienst. De groepsleiding- en huishoudelijke aangelegenheden worden gemiddeld meer door de hogere leiding en/of andere diensten bepaald dan door de groepsleiding zelf.

De gemiddelde zeggenschap voor beide tweede orde factoren: Beheer van financiële zaken (VZ8) en Immateriële en organisatorische zaken (VZ9), is nagenoeg even groot. Dit neemt niet weg dat in de leefgroepen ten aanzien van de ene verzelfstandigingsfactor een grote mate van verzelfstandiging kan voorkomen en tegelijk ten aanzien van een andere factor een geringe mate van verzelfstandiging. Dit lijkt erop te wijzen dat de verzelfstandigingsprocessen in deelaspecten plaatsvinden. Verzelfstandiging ten aanzien van bijvoorbeeld het aspect Begeleiding (VZ2) gaat niet noodzakelijkerwijs samen met verzelfstandiging ten aanzien van bijvoorbeeld Personeelsbeleid (VZ5).

De achtergrondgegevens zijn slechts in een geringe mate van invloed op de mate van verzelfstandiging. Alleen de verzelfstandiging ten aanzien van de keuze van het interieur gaat samen met de leeftijd van de bewoners. Bij een lagere Bewonersleeftijd (AV5) heeft de groepsleiding meer zeggenschap over de Interieurkeuze (VZ3).

Opvallend is dat vijf factoren van verzelfstandiging sterk instellingsgebonden zijn ($p < .001$), namelijk in afnemende mate van sterkte: verzelfstandiging ten aanzien van Budgetbeheer (VZ1), Personeelsbeleid (VZ5), Interieurkeuze (VZ3), Huishouding (VZ4) en Begeleiding (VZ2). Dit lijkt erop te wijzen dat de instellingen een impliciet dan wel expliciet eigen beleid voeren ten aanzien van de mate van zeggenschap van de groepsleiding.

kwaliteit van zorg

Ten aanzien van de kwaliteit van zorg kan in het algemeen gesteld worden dat de kwaliteit met betrekking tot het Bewonersgericht handelen (KZ7) van de groepsleiding gemiddeld hoog is en de kwaliteit met betrekking tot de Fysieke omgeving (KZ6) en het aantal Contacten in de samenleving (KZ5) gemiddeld lager is. Vooral de Contacten in de samenleving (KZ5) scoren laag. De kwaliteit van de verpleegkundige zorg is ten aanzien van drie aspecten van verpleegkundige zorg goed te noemen, namelijk de

kwaliteit ten aanzien van de aspecten Inhoud en vorm geven van de relatie tussen de verpleegkundige en de bewoner (KZ1), Vorm en inhoud geven van het leefmilieu van de bewoner (KZ2) en Gebruik maken van bestaande structuren ter optimalisering van de verpleging (KZ3). Ten aanzien van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg met betrekking tot de Coördinatie (KZ4) van de verpleging is de gemiddelde score laag te noemen. Dit laatste betekent dat er in de gemiddelde leefgroep nauwelijks verpleegdoelen en behandelplannen geformuleerd worden, er weinig geëvalueerd wordt, er onvoldoende, onduidelijk of niet adequaat gerapporteerd wordt met betrekking tot de individuele bewoners en/of de bewonersgroep.

Twée aspecten van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg zijn instellingsgebonden, namelijk de kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van het leefmilieu (KZ2) en ten aanzien van het gebruik maken van bestaande structuren (KZ3). Wat ook opvalt is dat een hoge kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van het leefmilieu (KZ2) samenhangt met een hoger percentage vrouwelijke groepsleiding (AV9) en met een lagere leeftijd van de groepsleiding (AV10). De kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van de Coördinatie (KZ4) van de zorg is hoger naarmate de bewoners meer verzorging en verpleging nodig hebben (AV4), het leefgroepniveau (AV2) lager is en er verhoudingsgewijs meer groepsleiding per bewoner werkt.

De kwaliteit met betrekking tot het Bewonersgericht handelen (KZ7), de Fysieke omgeving (KZ6) en het aantal Contacten in de samenleving (KZ5) is hoger naarmate het Leefgroepniveau (AV2) hoger, de mate van verzorging en verpleging die nodig is (AV4) lager, de Ambulantiegraad (AV3) hoger, de Groepsleiding/bewoner-ratio (AV6) lager, de opleiding van de groepsleiding (AV8) hoger, het percentage vrouwelijke groepsleiding (AV9) lager en de Leef-tijd van de groepsleiding (AV10) hoger is.

Opvallend hierin is dat voor aspecten van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg het percentage vrouwelijke groepsleiding (AV9) positief samenhangt en voor de kwaliteit van de Fysieke omgeving (KZ6) en het Bewonersgericht handelen (KZ7) er een negatieve samenhang is. Voor de leeftijd van de groepsleiding geldt een positieve samenhang met Contacten in de samenleving (KZ5), Fysieke omgeving (KZ6) en Bewonersgericht handelen (KZ7) en een negatieve samenhang met de kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van het leefmilieu van de bewoners (KZ2).

arbeidssatisfactie

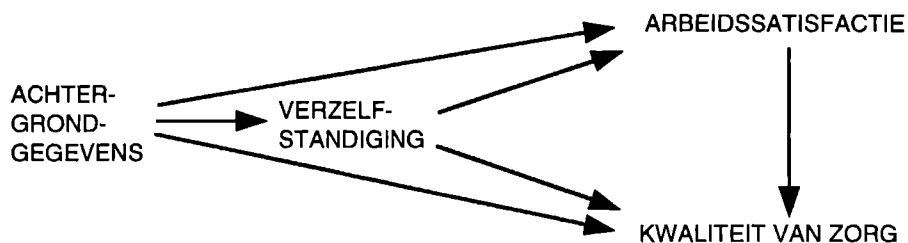
Over arbeidssatisfactie kan gezegd worden dat de gemiddelde arbeidssatisfactie van de leefgroepen naar het midden neigt: niet echt tevreden maar ook niet ontevreden. De gemiddelde waarden ten aanzien van de arbeidssatisfactie over Invloed en medezeggenschap (AS2), Organisatie van het dagelijks werk (AS1) en Carrière en materiële werkomstandigheden (AS4) zijn nagenoeg even hoog. De arbeidssatisfactie met betrekking tot Informatieverstrekking (AS3) is iets lager. Alle vier de dimensies van arbeidssatisfactie zijn instellingsgebonden. Dit wil zeggen dat de mate van tevredenheid afhangt van de instelling waar men werkt. De tevredenheid met de Organisatie van het dagelijks werk (AS1) is hoger bij kleinere bewonersgroepen, hoger niveau bewonersgroepen, meer ambulante bewoners en bewonersgroepen die weinig verzorging en verpleging nodig hebben.

Samenvattend kan gezegd worden dat de achtergrondgegevens weinig samenhangen met verzelfstandiging en de kwaliteit van de verpleegkundige zorg, meer met arbeidssatisfactie en in een hoge mate met de instrumenten die de mate van Bewonersgericht handelen (KZ7), de mate van Contacten in de samenleving (KZ5) en de kwaliteit van de Fysieke omgeving (KZ6) meten. De mate van verzelfstandiging is op enkele aspecten laag en over andere aspecten van verzelfstandiging wordt vooral overleg gepleegd. Een aantal aspecten van kwaliteit van zorg scoort hoog, andere aspecten scoren beduidend lager. De gemiddelde arbeidssatisfactie ligt tussen matig en licht tevreden.

5.1 Inleiding

In hoofdstuk 1 spreken wij als verwachting uit, dat de kwaliteit van zorg hoger zal zijn bij een grotere mate van verzelfstandiging van de groepsleiding en dat arbeidssatisfactie van de groepsleiding een interveniërende rol zal spelen tussen verzelfstandiging en kwaliteit van zorg. In dit hoofdstuk zullen we de empirische houdbaarheid van deze verwachting nagaan. Als uitgangspunt nemen we het patroon van verwachte relaties zoals dat in figuur 5.1, overgenomen uit hoofdstuk 1, is afgebeeld.

Figuur 5.1



Zoals uit figuur 5.1 blijkt hebben wij ook de achtergrondgegevens in de analyses opgenomen.

Bij voorkeur willen wij in één analyse waarin alle variabelen zijn opgenomen komen tot de beantwoording van de vraagstelling. Aangezien het aantal variabelen (29) in verhouding tot het aantal onderzochte leefgroepen (62) erg groot is, bleek dit niet mogelijk. Het aantal variabelen is zo groot, omdat wij geïnteresseerd zijn in de relaties tussen met name de specifieke dimensies van verzelfstandiging, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg om op basis hiervan tot gerichte beleidsadviezen te kunnen komen. Gespecificeerde relaties tussen deze begrippen bieden immers meer aanknopingspunten om concrete aanbevelingen te doen dan meer algemene uitspraken over de relaties. Om de relaties tussen deze specifieke dimensies te kunnen analyseren hebben we regressie-analyses toegepast. In paragraaf 5.2 wordt verslag van deze ana-

lyses gedaan.

Aangezien wij ook geïnteresseerd zijn in de meer algemene, causale verbanden tussen de achtergrondgegevens, de dimensies van verzelfstandiging, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg hebben wij een reductie op de variabelen toegepast hetgeen via een LISREL-analyse uitgevoerd kan worden. De resultaten hiervan worden weergegeven in paragraaf 5.3.

In tabel 5.1 zijn de gebruikte achtergrondgegevens, de dimensies van verzelfstandiging, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg op een rij gezet. In de tekst worden de code-aanduidingen steeds achter de variabelen vermeld.

Tabel 5.1 De variabelen in het onderzoek.

Achtergrondgegevens	Verzelfstandiging	Arbeidssatisfactie	Kwaliteit van Zorg
Leefgroepgrootte (AV1)	Budgetbeheer (VZ1)	Organisatie van het dagelijks werk (AS1)	Relatie/zelfzorg (KZ1)
Leefgroepniveau (AV2)	Begeleiding (VZ2)	Invloed en medezeggenschap (AS2)	Leefmilieu (KZ2)
Ambulantiegraad (AV3)	Inteneurkeuze (VZ3)	Informatieverstrekking (AS3)	Structuren (KZ3)
Verzorgingsmaat (AV4)	Huishouding (VZ4)	Carrière en materiële werkomstandigheden (AS4)	Coördinatie (KZ4)
Bewonersleeftijd (AV5)	Personeelsbeleid (VZ5)		Contacten in de samenleving (KZ5)
Groepsleiding/-bewonerratio (AV6)	Werkdruk (VZ6)		Fysieke omgeving (KZ6)
Mentorschap (AV7)	Overplaatsing (VZ7)		Bewonersgericht handelen (KZ7)
Opleiding groepsleiding (AV8)			
Sekse groepsleiding (AV9)			
Leeftijd groepsleiding (AV10)			
Dienstverband per week (AV11)			
Tweede orde factoren:			
	Beheer van financiële zaken (VZ8)	Arbeidssatisfactie (AS)	Ontwikkelingsvoorwaarden (KZ8)
	Beheer van immateriële en organisatorische zaken (VZ9)		Verpleegkwaliteit (KZ9)

Alvorens het algemene beeld te schetsen over de onderlinge relaties van de centrale begrippen, willen we ons in deze paragraaf de volgende meer specifieke vragen stellen:

- 1 welke achtergrondgegevens, dimensies van verzelfstandiging en dimensies van arbeidssatisfactie hebben een relatie met welke dimensies van kwaliteit van zorg?
- 2 welke achtergrondgegevens en dimensies van verzelfstandiging hebben een relatie met welke dimensies van arbeidssatisfactie?

Om de eerste vraag te beantwoorden hebben we alle dimensies van kwaliteit van zorg separaat als afhankelijke variabelen in een regressie-analyse op de achtergrondgegevens en de specifieke dimensies van verzelfstandiging en arbeidssatisfactie opgenomen. Ter beantwoording van de tweede vraag zijn alle dimensies van arbeidssatisfactie als afhankelijke variabelen opgenomen. Hierbij zijn de dimensies van kwaliteit van zorg niet in de analyse betrokken omdat volgens het model geen invloed verwacht wordt van kwaliteit van zorg op arbeidssatisfactie.

Verbanden met kwaliteit van zorg.¹

De kwaliteit van zorg is ingedeeld in vier dimensies van verpleegkundige zorg (KZ1-KZ4) en de dimensies Contacten in de samenleving (KZ5), Fysieke omgeving (KZ6) en Bewonersgericht handelen (KZ7). Op grond van de analyse resultaten (tabel 5.2) kunnen we het volgende zeggen²:

¹ In figuur 5.1 is het causale diagram gegeven volgens welke de analyses van dit hoofdstuk zijn opgezet. Het totale effect duidt op de totale invloed die een variabele uitoefent op een andere variabele en mogelijkterwys loopt via meerdere paden (pijlen) in het diagram. Voorbeeld: Het totale effect van Leeftijd groepsleiding (AV10) op Verpleegkundige zorg ten aanzien van Leefmilieu (KZ2) is geschat op -.40. Dit is de som van de invloeden van AV10 direct op KZ2 en indirect via verzelfstandiging en arbeidssatisfactie op KZ2. R^2 geeft de proportie variantie van de afhankelijke variabele aan, die door de genoemde variabelen verklaard wordt.

² Om de effectschatting in tabel 5.2 te krijgen is als volgt te werk gegaan. Voor de analyse zijn al die leefgroepen geselecteerd die op alle opgenomen variabelen een geldige score hebben (listwise). Eerst is voor alle afhankelijke variabelen een stapsgewijze regressie-analyse gedaan met alle variabelen uit tabel 5.1, die volgens het causale diagram mogelijkterwys relevant zouden zijn voor de afhankelijke variabele. Daaruit resulteerden als relevante variabelen met een statistisch significante (bij een onbetrouwbaarheid van 5%) bijdrage de variabelen genoemd in tabel 5.2. De effecten per variabele die ten grondslag liggen aan de totale effecten, zijn de gestandaardiseerde regressie-coëfficiënten, gewoonlijk aangeduid als beta.

Tabel 5.2 De totale en directe effecten van de achtergrondgegevens, de dimensies van verzelfstandiging en arbeidssatisfactie op de dimensies van kwaliteit van zorg (N = minimaal 58).

	Achtergrond-gegevens	direct	totaal	Verzelf-standiging	direct	totaal	Arbeids-satisfactie	direct	totaal	R ²	Dimensies van kwaliteit van zorg
1	-			-			-			.00	Verpleegkundige zorg ten aanzien van relatie; zelfzorg en mantelzorg (KZ1)
2.	Leeftijd groepsleiding (AV10)	-.32	-.40	Personeelsbeleid (VZ5)	.32	.32				.26	Verpleegkundige zorg ten aanzien van leefmilieu (KZ2)
3.	Ambulantiegraad (AV3) Mentorschap (AV7)	.36	.36 .28	Budgetbeheer (VZ1)		.41	Organisatie van het dagelijks werk (AS1) Invloed en medezeggenschap (AS2)	-.49 .38	-.49 .38	.34	Verpleegkundige zorg ten aanzien van structuren (KZ3)
4.	Groepsleiding/-bewonerratio (AV6)	.28	.34				Organisatie van het dagelijks werk (AS1)	-.33	-.33	.22	Verpleegkundige zorg ten aanzien van coördinatie (KZ4)

Vervolg tabel 5.2

5.	Verzorgingsmaat (AV4)	-.73	-.73			.51	Contacten in de samenleving (KZ5)
	Bewonersleeftijd (AV5)	-.28	-.28				
6.	Leefgroepniveau (AV2)	.33	.30	Overplaatsing (VZ7)	-.17	-.17	Fysieke omgeving (KZ6)
	Verzorgingsmaat (AV4)	-.58	-.58				
7.	Verzorgingsmaat (AV4) *	-.73	-.73			.53	Bewonersgericht handelen (KZ7)

* De variabelen Verzorgingsmaat (AV4) en Ambulantiegraad (AV3) zijn onderling zo hoog gecorreleerd ($r = -.82$) dat het verschijnsel collineariteit optreedt wanneer beide geselecteerd worden voor de verklaring van de variabele Bewonersgericht handelen (KZ7). Een van de gevolgen van collineariteit is dat conclusies volstrekt ongeloofwaardig worden. Hier is dat het teken van het effect van AV3. Hoge Ambulantiegraad zou gepaard moeten gaan met een lage mate van Bewonersgericht handelen, terwijl in andere contexten, onder meer de bivariate correlatie ($r = .47$), de richting van de relatie andersom is. Dat is de reden waarom we AV3 hier niet opgenomen hebben.

1. Kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van relatie; zelfzorg en mantelzorg (KZ1)

De kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van het vorm en inhoud geven van de Relatie (KZ1) tussen de groepsleiding en de bewoner, het ondersteunen van de zelfzorg en de mantelzorg van de bewoner, wordt door geen enkele variabele uit het onderzoek verklaard. De dimensie heeft betrekking op uiteenlopende onderwerpen, die deels kennisgericht zijn, zoals kennis van hygiëne en ziektebeelden, deels instellingsbeleid zijn of kunnen zijn, zoals stervensbegeleiding en omgang met seksualiteit en deels op de verwanten van de bewoners gericht zijn, met name de manier waarop zij begeleid worden.

2. Kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van leefmilieu (KZ2)

De kwaliteit van de verpleegkundige zorg met betrekking tot het leefmilieu (KZ2), dit wil zeggen dat de groepsleiding rekening houdt met privacy, betrokken is bij de bewoners, rekening houdt met feestdagen van de bewoner en zijn veiligheid, is hoger bij jongere groepsleiding (AV10) (-.40) en bij groepsleiding die meer te zeggen heeft over het beleid ten aanzien van personeel (VZ5) van de leefgroep (.32). Jongere groepsleiding heeft mogelijk in de opleiding kennis gemaakt met nieuwe vereisten ten aanzien van de verpleging en verzorging van de bewoners en geeft hier ook invulling aan in het werken met de bewoners. Zeggenschap over het Personeelsbeleid (VZ5) geeft kennelijk meer mogelijkheden om het personeelaanbod van de leefgroep af te stemmen op de behoeften van de bewoners.

3. Kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van structuren (KZ3)

Aan de verpleegkundige zorg met betrekking tot het gebruik maken van bestaande Structuren ten behoeve van een optimale verpleging (KZ3) dragen de achtergrondgegevens Ambulantiegraad (AV3) (.36) en Mentorschap (AV7) (.28), de verzelfstandigingsfactor Budgetbeheer (VZ1) (.41) en de arbeidssatisfactiefactoren Organisatie van het dagelijks werk (AS1) (-.49) en Invloed en medezeggenschap (AS2) (.38) bij.

De kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van het gebruik van bestaande Structuren (KZ3) zoals het rustig laten verlopen van de maaltijden, flexibele omgang met het dagprogramma

voor de individuele bewoner alsmede voor de hele bewonersgroep, is hoger wanneer de groepsleiding zeggenschap heeft over de budgetten (VZ1) van de bewoners voor ontspanning, vakantie en kleding, wanneer er sprake is van mentorschap (AV7) in de leefgroep en bij ambulante bewoners (AV3); het dagprogramma is meer aangepast aan de behoeften van de bewoners. Flexibel omgaan met de dagprogramma's van de bewoners gaat eenvoudiger en behoort tot de mogelijkheden wanneer er gelden zijn alsmede zeggenschap over de besteding ervan. De aanwezigheid van mentorschap kan meer zicht op de wensen van de bewoners geven, waardoor flexibeler kan worden omgegaan met de dagprogrammering. Dat er flexibeler omgegaan wordt met de dagprogrammering bij bewoners die zelf kunnen lopen wordt mogelijkwijs verklaard doordat zij meer behoefte hebben aan afwisseling.

Voorts is de kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van het gebruik van bestaande Structuren (KZ3) hoger wanneer groepsleiding minder tevreden is met de Organisatie van het dagelijks werk (AS1) en meer tevreden is over de Invloed en medezeggenschap (AS2).

4. Kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van de coördinatie (KZ4)

De kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van de verantwoording voor de coördinatie (KZ4) van de verpleging voor de bewonersgroep of van een individuele bewoner, wordt verklaard door het achtergrondgegeven Groepsleiding/bewonerratio (AV6) (.34). Naarmate er per bewoner meer groepsleiding werkt is de kwaliteit ten aanzien van de coördinatie (KZ4) hoger; er wordt meer gerapporteerd, er worden vaker doelstellingen en verpleegplannen geformuleerd en deze worden ook geëvalueerd. Het achtergrondgegeven Groepsleiding/bewonerratio (AV6) hangt sterk samen met het achtergrondgegeven Verzorgingsmaat (AV4) (.71). Bij bewonersgroepen die een hogere mate van verzorging en verpleging (AV4) nodig hebben moeten vaker verpleegkundige handelingen verricht worden zoals vochtopname van de bewoners bijhouden, medicijnen verstrekken, dieetvoeding geven, wisseligheden geven en deze moeten vaker schriftelijk bijgehouden en gerapporteerd worden. Zoals eerder in hoofdstuk 4 is gezien wordt er in het algemeen laag gescoord op de kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van de coördinatie (KZ4) laag; het op methodische wijze vastleggen en evalueren van de zorgvraag en

-doelen is nog niet alom ter hand genomen.

De dimensie van arbeidssatisfactie met betrekking tot de Organisatie van het dagelijks werk (AS1) (-.33) draagt eveneens bij aan de verklaring van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van de verantwoording voor de coördinatie (KZ4) van de verpleging voor de bewonersgroep of van een individuele bewoner. Deze bijdrage is negatief, dat wil zeggen dat naarmate de groepsleiding minder tevreden is met de organisatie van het dagelijks werk, de kwaliteit met betrekking tot de coördinatie toeneemt.

5. Kwaliteit ten aanzien van contacten in de samenleving (KZ5)

Aan de kwaliteitsdimensie Contacten in de samenleving (KZ5) dragen de achtergrondgegevens Verzorgingsmaat (AV4) (-.73) en Bewonersleeftijd (AV5) (-.28) bij. Bewoners gaan vooral veel van het instellingsterrein af wanneer zij deel uitmaken van leefgroepen die weinig verzorging en verpleging nodig (AV4) hebben en deel uitmaken van leefgroepen met gemiddeld jongere bewoners. Wat opvalt is dat de Leefgroepgrootte (AV1) hierop geen invloed uitoefent.

Bewoners van leefgroepen die een hoge mate van verzorging en verpleging (AV4) nodig hebben, zijn vanwege deze verzorging en verpleging meer aan de leefgroep gebonden. Er moet veel groepsleiding ingezet worden om met hen van het instellingsterrein af te gaan, bijvoorbeeld om bewoners te ondersteunen of om de rolstoel te duwen. Bewoners van leefgroepen met gemiddeld oudere bewoners gaan minder vaak dan jongere bewoners van het instellingsterrein af.

6. Kwaliteit ten aanzien van de fysieke omgeving (KZ6)

Aan de kwaliteit van de dimensie Fysieke omgeving (KZ6) dragen de achtergrondgegevens Verzorgingsmaat (AV4) (-.58), in mindere mate Leefgroepniveau (AV2) (.30) en de verzelfstandigingsfactor Overplaatsing (VZ7) (-.17) bij. De Fysieke omgeving (KZ6) wordt gestimuleerd, dit wil zeggen er is meer ruimte en variatie in de aankleding van de leefruimte, wanneer de bewonersgroep weinig verpleging en verzorging (AV4) nodig heeft en wanneer de bewonersgroep een hoog niveau (AV2) heeft. Meer verzelfstandiging ten aanzien van Overplaatsing draagt licht bij aan een lagere kwaliteit van de Fysieke omgeving.

Met betrekking tot de Fysieke omgeving (KZ6) is de mate waarin

de bewonersgroep verzorging en verpleging (AV4) nodig heeft het meest bepalend.

7. Kwaliteit ten aanzien van het bewonersgericht handelen (KZ7)

Aan de kwaliteitsdimensie Bewonersgericht handelen (KZ7) levert het achtergrondgegeven Verzorgingsmaat (AV4) (-.73) een bijdrage. De groepsleiding gaat meer uit van de bewoners en stemt meer af op de bewoners, naarmate de bewonersgroep minder verpleging en verzorging (AV4) nodig heeft.

Zoals in hoofdstuk 4 is gebleken hangt het achtergrondgegeven Verzorgingsmaat (AV4) sterk samen met de achtergrondgegevens Ambulantiegraad (AV3) (-.82) en Leefgroepniveau (AV2) (-.81).

Waarom bewoners van leefgroepen die meer verzorging en verpleging (AV4) nodig hebben, die minder ambulant (AV3) zijn en een lager niveau (AV2) hebben in een minder individueel afgestemde omgeving verblijven kan niet direct verklaard worden, maar blijkt uit de resultaten. De bewoners van deze leefgroepen moeten vaker de slaapkamers delen en de leefruimte is minder aangekleed.

Verbanden met arbeidssatisfactie

Behalve de in de vorige paragraaf beschreven relaties met kwaliteit van zorg willen we ook nagaan of er relaties bestaan tussen de onafhankelijke variabelen -achtergrondgegevens en dimensies van verzelfstandiging- en de dimensies van arbeidssatisfactie als afhankelijke variabelen. In deze paragraaf vragen we ons af waardoor het komt dat groepsleiding meer of minder arbeidssatisfactie heeft.

In tabel 5.3³ zijn de achtergrondgegevens en de dimensies van verzelfstandiging vermeld die van invloed zijn op de dimensies van arbeidssatisfactie.

1. Arbeidssatisfactie ten aanzien van de organisatie van het dagelijks werk (AS1)

Aan de factor van arbeidssatisfactie Organisatie van het dagelijks werk (AS1) dragen de achtergrondgegevens Verzorgingsmaat (AV4) (-.46) en Leefgroepgrootte (AV1) (-.27) en de verzelfstandigingsfactor Huishouding (VZ4) (.37) bij. De arbeidssatisfactie van

³ Bij tabel 5.3 geldt dezelfde toelichting op de werkwijze als bij tabel 5.2, vermeld in voetnoot 2

de groepsleiding over de Organisatie van het dagelijks werk (AS1) (tijdsdruk, wisselingen binnen groepsleiding, wijze van werken en tempo) is hoog, wanneer de bewonersgroep weinig verzorging en verpleging (AV4) nodig heeft, de groepsleiding zelf het tijdstip van de warme maaltijd en van het schoonmaken van de leefgroep (VZ4) bepaalt en bij kleinere bewonersgroepen (AV1).

2. Arbeidssatisfactie ten aanzien van invloed en medezeggenschap (AS2)

Aan de arbeidssatisfactiefactor Invloed en medezeggenschap (AS2) leveren de verzelfstandigingsfactoren Interieurkeuze (VZ3) (.48), Begeleiding (VZ2) (.20) en Budgetbeheer (VZ1) (.23) en de achtergrondgegevens Leeftijd groepsleiding (AV10) (-.33), Sekse groepsleiding (AV9) (-.49), Leefgroepgrootte (AV1) (-.30) en Dienstverband per week (AV11) (.20) een bijdrage. Jongere en mannelijke groepsleiding, werkzaam in kleine bewonersgroepen en met een groter gemiddeld dienstverband per week, is meer tevreden ten aanzien van invloed en medezeggenschap. Voorts is de groepsleiding meer tevreden wanneer zij zelfstandig keuzen kan maken ten aanzien van het interieur. Dit wil zeggen dat hun ideeën van invloed zijn, dat zij gekend worden in beslissingen die voor hen van belang zijn en in de aanschaf van materialen. De tevredenheid is ook groter wanneer de groepsleiding kan bepalen hoe de begeleiding van de bewoners eruit ziet en aan welke activiteiten de bewoners deelnemen. Indien de groepsleiding de budgetten van de bewoners voor kleding, ontspanning en vakantie beheert, is de tevredenheid van de groepsleiding eveneens hoger.

3. Arbeidssatisfactie ten aanzien van de informatieverstrekking (AS3)

Aan de arbeidssatisfactiefactor Informatieverstrekking (AS3), dit wil zeggen de tevredenheid over de wijze van en de mate waarin de groepsleiding geïnformeerd wordt over zaken die voor haar van belang is, draagt alleen het achtergrondgegeven Mentorschap (AV7) (-.27) bij. De tevredenheid is hoger bij afwezigheid van mentorschap. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de behoefte aan informatie groter is bij de aanwezigheid van mentorschap.

Tabel 5 3 De totale en directe effecten van de achtergrondgegevens en de dimensies van verzelfstanding op de dimensies van arbeidsatisfactie (N = minimaal 59).

	Achtergrondgegevens	direct	totaal	Verzelfstanding	direct	totaal	R ²	Dimensies van arbeidsatisfactie
1	Verzorgingsmaat (AV4) Leefgroepgrootte (AV1)	-.45 -.31	-.46 -.27	Huishouding (VZ4)	.37	.37	.41	Organisatie van het dagelijkse werk (AS1)
2	Leef tijd groepsleiding (AV10) Seks groepsleiding (AV9) Leef groepgrootte (AV1) Dienstverband per week (AV11)		-.33 -.49 -.30 .20	Interieurkeuze (VZ3) Begeleiding (VZ2) Budgetbeheer (VZ1)	.48 .20 .23	.48 .20 .23	.59	Invloed en medezegenschap (AS2)
3	Mentorschap (AV7)	-.27	-.27				.07	Informatieverstrekking (AS3)
4				Interieurkeuze (VZ3)	.45	.45	.20	Carrière en materiële werk omstandigheden (AS4)

4. Arbeidssatisfactie ten aanzien van carrière en materiële werkomstandigheden (AS4)

Aan de arbeidssatisfactiefactor Carrière en materiële werkomstandigheden (AS4) levert de verzelfstandigingsfactor Interieurkeuze (VZ3) (.45) een bijdrage. De nadruk ligt hierbij op de materiële werkomstandigheden. De tevredenheid met de toekomstmogelijkheden en de materiële middelen in de instelling is hoger, wanneer de groepsleiding vooral zelf keuzen kan maken ten aanzien van het interieur van de leefgroep.

5.3 Relaties op algemeen niveau (causale modelanalyse)

In de voorafgaande paragrafen is nagegaan welke variabelen bijdragen aan de verklaring van de afzonderlijke dimensies van kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie. Hoewel deze analyses de mogelijkheid bieden relevante verklarende variabelen te onderscheiden van minder verklarende variabelen, wordt hieruit niet goed duidelijk hoe de onderlinge relaties tussen de groepen variabelen eruit zien. Om deze vraag te beantwoorden maken wij gebruik van het LISREL-programma voor causale modelanalyse. LISREL⁴ is een computerprogramma om de causale afhankelijkheidsstructuur tussen variabelen te meten. Het laat daarbij de mogelijkheid open dat variabelen in zo'n causale structuur door één of meer indicatorvariabelen gemeten zijn. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om alle oorspronkelijke indicatoren van arbeidssatisfactie in de analyse op te nemen als metingen van de latente variabele 'arbeidssatisfac-

⁴ Gebruik is gemaakt van het programma LISREL 7 dat onderdeel is van het SPSS pakket. Voor schatting van modelparameters is de 'generalized least squares'-procedure gehanteerd. Als evaluatiecriterium voor het totale model is gekozen voor de chi-kwadraat met bijbehorend aantal vrijheidsgraden. De analyses zijn exploratief uitgevoerd en niet toetsend. Dat wil zeggen, er is niet vooraf een model gepostuleerd waarvan de parameters in één analyse geschat zijn. Bij gebreke van een dergelijk vooraf te postuleren model, is veeleer in opeenvolgende stappen op zoek gegaan naar een goed model. Daaronder verstaan we een zo zuinig mogelijk, doch goedpassend model. We beseffen dat door de stapsgewijze benadering het uiteindelijke resultaat op een reeks beslissingen berust die niet elk voor de gebruikelijke 95% zeker zijn geweest en dat de betrouwbaarheid van het uiteindelijke resultaat een stuk lager ligt. Een veel toegepaste oplossing voor dit probleem is de split halves methode, waarbij de ene helft van de steekproef gebruikt wordt voor modelontwikkeling en de andere voor modeltoetsing. We hebben hiervan afgezien vanwege de geringe steekproefomvang. Nodeloos te zeggen dat het eindresultaat derhalve met de nodige voorzichtigheid bekeken dient te worden.

tie', mits het aantal onderzochte eenheden voldoende groot is. Eerder is gebleken dat deze werkwijze niet toepasbaar is. Om de analyse niet nodeloos complex te maken hebben we ervoor gekozen van die begrippen waarvan we over schalen beschikten, ook die schalen in de analyse te betrekken. Dat geldt voor de variabelen:

- Verzelfstandiging ten aanzien Beheer van financiële zaken (VZ8)
- Verzelfstandiging ten aanzien van Immateriële en organisatorische zaken (VZ9)
- Arbeidssatisfactie (AS)
- Kwaliteit van zorg ten aanzien van de Ontwikkelingsvoorwaarden (KZ8)
- Kwaliteit van zorg ten aanzien van de Verpleegkwaliteit (KZ9).

Om tot een verdere vereenvoudiging te komen hebben we ook het aantal achtergrondgegevens gereduceerd. Uit eerdere analyses is komen vast te staan dat de drie achtergrondgegevens Groepsleiding/bewonerratio (AV6), Opleiding groepsleiding (AV8) en Sekse groepsleiding (AV9) op geen van de hierboven genoemde variabelen een statistisch significant effect hebben. De eerste beperking van het aantal achtergrondgegevens bestond uit het achterwege laten van deze variabelen voor de totaalanalyse. Een tweede beperking bestond in het samenvoegen van de achtergrondgegevens Leefgroepniveau (AV2), Ambulantiegraad (AV3) en Verzorgingsmaat (AV4) tot één latente variabele. Empirisch hangen deze variabelen sterk samen; hun gemeenschappelijke inhoud zouden we de Structurele Zorgbehoefte (SZ) kunnen noemen. De idee is dat het niveau van de groep, de mate waarin bewoners zich zelfstandig kunnen verplaatsen en de mate waarin zij verzorging en verpleging nodig hebben, de structuur en de mogelijkheden van de zorgverlening sterk bepalen. Het zijn gegevenheden die door groepsleiding nauwelijks beïnvloedbaar is. Bij hoog niveau bewoners die kunnen lopen en die weinig verpleging en verzorging nodig hebben, richten de zorgverlening, begeleiding en activiteiten zich meer op zelfzorg, sociale contacten en activiteiten buiten de leefgroep en zelfs buiten de instelling. Deze mogelijkheden zijn veel minder aanwezig bij laag niveau bewoners die zich niet of nauwelijks zelf kunnen verplaatsen en die bovendien veel verzorging en verpleging nodig hebben; de aandacht van de zorgverlening gaat dan meer uit naar de dagelijkse behoeften van de bewo-

ners.

Het LISREL model dat uitgangspunt is geweest van analyse staat in figuur 5.2 We zullen de twee LISREL analyses die we hebben uitgevoerd afzonderlijk bespreken. De eerste betreft een confirmatorische factoranalyse; de tweede een causaal structuur analyse.

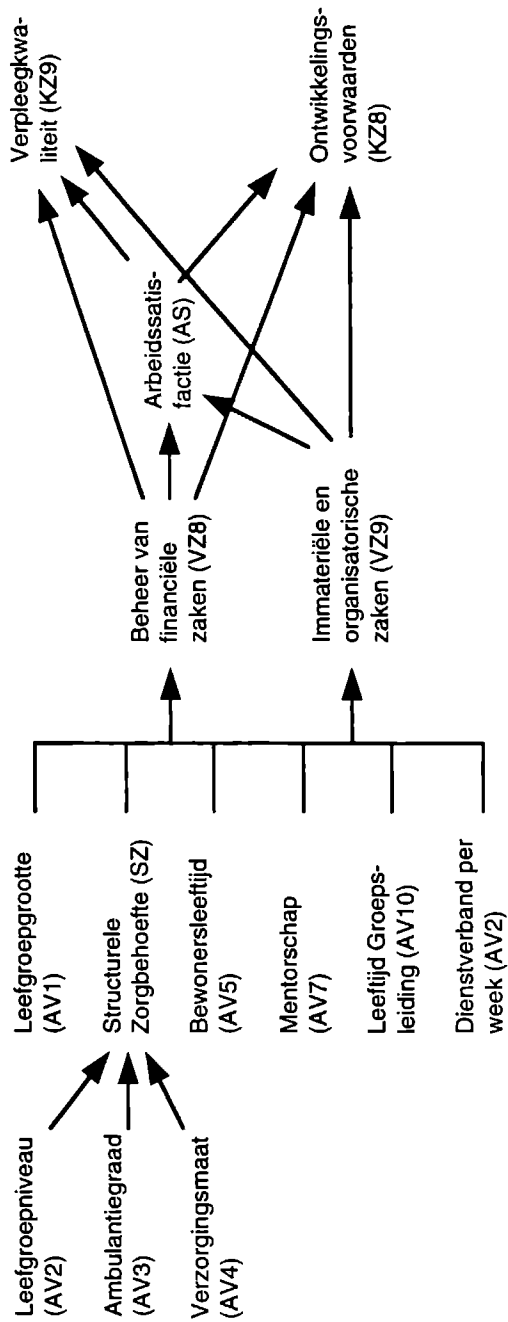
De eerste analyse die is uitgevoerd, de confirmerende factoranalyse, betrof de vraag of de drie achtergrondgegevens die indicatief geacht werden voor de Structurele Zorgbehoefte, dat ook werkelijk waren. Input was dat deel van de covariantiematrix in tabel 5.5 dat betrekking heeft op de achtergrondgegevens. Van deze matrix zijn, omdat het exogene variabelen betrof, de varianties en covarianties tussen alle overige achtergrondgegevens gefixeerd op de geobserveerde waarde. De fit van het factormodel was redelijk goed. De chi-kwadraat waarde bedroeg 30.43 bij 25 vrijheidsgraden ($p = .209$). De ladingen (λ) die de indicatieve waarde aangeven van de drie indicatoren van de Structurele Zorgbehoefte (SZ) zijn gegeven in tabel 5.4 met de percentages varianties van de drie indicatoren, Leefgroepniveau (AV2), Ambulantiëgraad (AV3) en Verzorgingsmaat (AV4) die door de Structurele Zorgbehoefte verklaard zijn.

Tabel 5.4 Indicatieve waarden van de drie indicatoren van Structurele Zorgbehoefte

Variabele	λ	R^2	latente variabele
Leefgroepniveau (AV2) (laag-hoog)	-.80	.63	Structurele Zorg- behoefte (SZ)
Ambulantiëgraad (AV3) (laag-hoog)	-.90	.81	
Verzorgingsmaat (AV4) (laag-hoog)	.93	.88	

We zien dat deze drie indicatoren duidelijk een gemeenschappelijke inhoud hebben. Naarmate leefgroepniveau en ambulantiëgraad daalt en de verzorgingsmaat stijgt, stijgt in sterke mate de structurele zorgbehoefte.

Figuur 5.2 Structureel model



In de causale structuur analyse is begonnen met een volledig recursief model waarbij de variabelen in de volgende causale volgorde staan: Achtergrondgegevens, Beheer van financiële zaken (VZ8), Immateriële en organisatorische zaken (VZ9), Arbeidssatisfactie (AS), Ontwikkelingsvoorwaarden (KZ8) en Verpleegkwaliteit (KZ9). Deze volgorde is enigszins discutabel. Met name zou het goed mogelijk zijn dat er tussen de beide verzelfstandigingsfactoren en de beide kwaliteitsfactoren wederkerige relaties voorkomen. We hebben daarom tijdens het proces van modelontwikkeling ook de andere relaties (VZ9 --> VZ8 en KZ9 --> KZ8) soms toegelaten. Die relaties bleken echter te zwak om te worden opgenomen.

Na een eerste verkenning bleek dat de factor Ontwikkelingsvoorwaarden van kwaliteit van zorg (KZ8) zodanig sterk wordt bepaald door de latente factor Structurele Zorg (SZ) dat er mogelijk gevaar van contaminatie aanwezig is. Een groot deel van de items van de schalen Fysieke Omgeving (KZ6) en Contacten in de samenleving (KZ5) die deel uitmaken van de factor Ontwikkelingsvoorwaarden (KZ8), komen conceptueel in heel sterke mate overeen met de verzorgingsbehoefte en de mate van ambulante. In de huidig geldende zorgverlening zijn er weinig mogelijkheden om bij sterk verzorgingsbehoevende en niet-ambulante bewoners gevarieerd te scoren op de schalen Fysieke omgeving (KZ6) en Contacten in de samenleving (KZ5); de aankleding van de leefruimte laat minder variatie toe bij bedlegerige en rolstoelbewoners dan bij bewoners die kunnen lopen; de mogelijkheden om van de leefgroep af te gaan en om elders contacten op te doen zijn eveneens minder aanwezig bij bedlegerige en rolstoelbewoners. De meest door groepsleiding te beïnvloeden schaal, ook bij niet-ambulante en verzorgingsbehoevende bewoners is het Bewonersgericht handelen (KZ7). In het uiteindelijke model hebben we gekozen om van de schaal Ontwikkelingsvoorwaarden (KZ8) alleen de schaal Bewonersgericht handelen (KZ7) op te nemen.

Tabel 5.5 Covariantiematrix

	VZ8	VZ9	AS	KZ7	KZ9	AV1	AV2	AV3	AV4	AV5	AV7	AV10	AV11
VZ8	11.137												
VZ9	3.490	8.267											
AS	1.590	1.879	1.800										
KZ7	.000	.008	.053	.045									
KZ9	13.521	.389	-.054	-.465	76.843								
AV1	-.850	.803	-.842	.035	-2.740	5.136							
AV2	.141	.288	.147	.096	-.369	.129	.665						
AV3	-.001	.118	.015	.030	.042	.056	.180	.103					
AV4	.627	-1.266	-.989	-.565	4.669	-.611	-2.465	-.984	14.044				
AV5	-9.048	-1.941	-4.995	.232	-5.878	2.135	-.329	1.192	-10.255	135.135			
AV7	1.288	-.293	-.471	.042	4.730	.634	.126	-.071	.523	-.785	3.054		
AV10	-3.875	1.169	-.377	.468	-11.372	3.064	1.135	.554	-8.471	24.877	-835	21.134	
AV11	-3.567	5.305	-.250	.120	.878	7.175	.662	.320	-3.608	32.794	-1.058	8.545	65.598

VZ8	Verzelfstandiging ten aanzien van Beheer financiële zaken (laag - hoog)	AV1	Leefgroepgrootte (laag - hoog)	AV5	Bewonersleeftijd (laag - hoog)
VZ9	Verzelfstandiging ten aanzien van Immateriele en organisatorische zaken (laag - hoog)	AV2	Leefgroepniveau (laag - hoog)	AV7	Mentorschap (nee - ja)
AS	Arbeidsatisfactie (laag - hoog)	AV3	Ambulantiegraad (laag - hoog)	AV10	Leeftijd groepsleiding (laag - hoog)
KZ7	Bewonersgericht handelen (laag - hoog)	AV4	Verzorgingsmaat (laag - hoog)	AV11	Dienstverband per week (laag - hoog)
KZ9	Verpleegkwaliteit (laag - hoog)				

De volgende variabelen zijn opgenomen in de causale modelanalyse:

- de achtergrondgegevens
 - Leefgroepgrootte (AV1)
 - Bewonersleeftijd (AV5)
 - Mentorschap (AV7)
 - Leeftijd groepsleiding (AV10)
 - Dienstverband per week (AV11)
- het latent achtergrondgegeven
 - Structurele Zorgbehoefte (SZ), dat geïndiceerd is door Leefgroepniveau (AV2), Ambulantiegraad (AV3) en Verzorgingsmaat (AV4)
- met betrekking tot verzelfstandiging
 - Beheer van financiële zaken (VZ8)
 - Immateriele en organisatorische zaken (VZ9)
- de dimensie van arbeidssatisfactie
 - Arbeidssatisfactie (AS)
- de dimensies van kwaliteit van zorg
 - Verpleegkwaliteit (KZ9)
 - Bewonersgericht handelen (KZ7).

De analyses zijn exploratief uitgevoerd en niet toetsend. Dat wil zeggen, er is niet vooraf een model gepostuleerd waarvan de parameters in één analyse geschat zijn. Bij gebreke van een dergelijk vooraf te postuleren model, is veeleer in opeenvolgende stappen op zoek gegaan naar een goed model⁵. Daaronder verstaan we een zo zuinig mogelijk, doch goed passend model. De fit van het gekozen model is goed. De chi-kwadraat waarde bedraagt 76.34 bij 71 vrijheidsgraden ($p = .311$). De coëfficiënt van determinatie is .855: het is een totaal maat voor de bepaaldheid van de endogene variabelen door de modelvariabelen. Per afhankelijke variabele zijn de percentages verklaarde varianties: van VZ8 7%, van VZ9 37%, van AS 59%, van KZ7 66% en van KZ9 24%. De afzonderlijk gestandaardiseerde effecten zijn verder gegeven in figuur 5.3. We zullen vervolgens deze effecten bespreken.

Verpleegkwaliteit (KZ9)

Aan de Verpleegkwaliteit (KZ9) dragen verzelfstandiging ten aan-

⁵ Bij elke stap was de toename van de chi kwadraat niet groter dan 3.87, de kritieke waarde bij 1 vrijheidsgraad en $\alpha = .05$

zien van Beheer van financiële zaken (VZ8) (.36) en Mentorschap (AV7) (.32) bij. Naarmate de groepsleiding meer verzelfstandiging heeft ten aanzien van de budgetten voor de bewoners, personeelsbeleid en keuzen ten aanzien van het interieur, en indien er sprake is van een vorm van mentorschap, is de kwaliteit van de verpleegkundige zorg hoger; er wordt meer inhoud en vorm gegeven aan het leefmilieu voor de bewoners, groepsleiding maakt meer gebruik van de bestaande structuren en men draagt meer verantwoording voor de coördinatie van de zorg.

Ontwikkelingsvoorwaarden (KZ8)

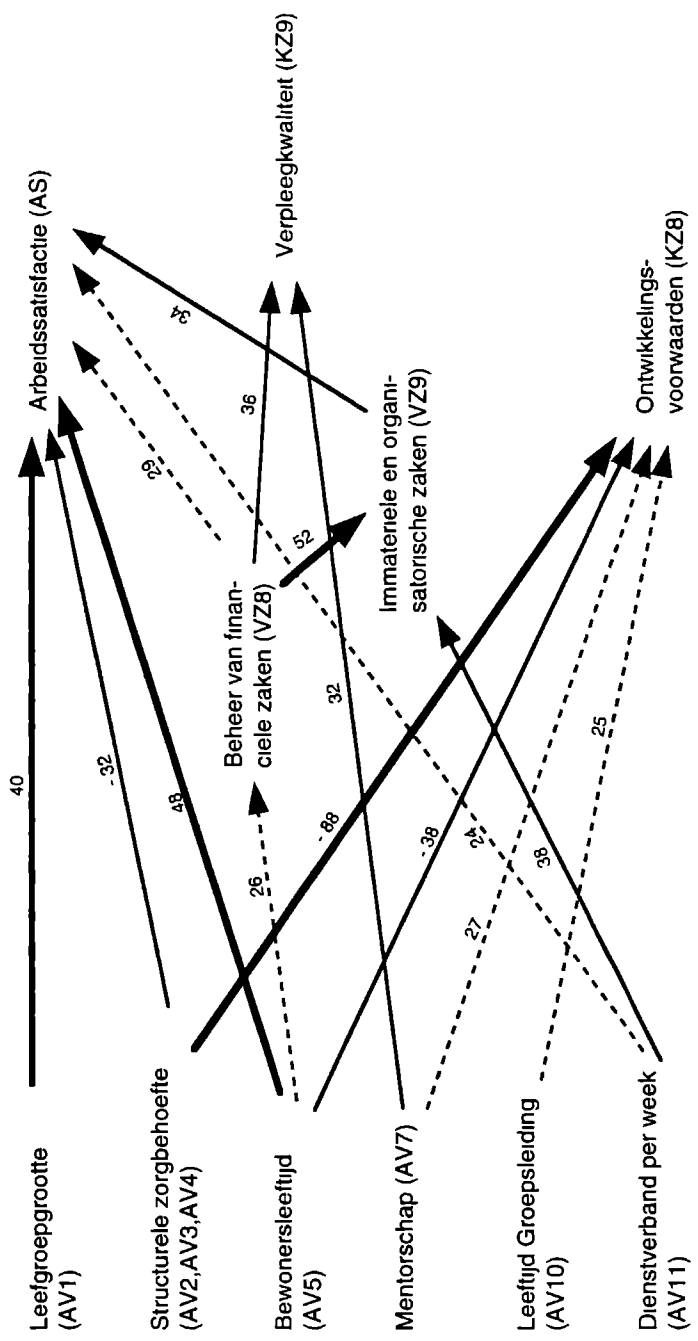
Aan de kwaliteitsdimensie Ontwikkelingsvoorwaarden (KZ8) blijkt vooral de Structurele Zorgbehoefte (SZ) (-.88) bij te dragen. Dit wil zeggen dat naarmate een bewonersgroep meer verzorging nodig heeft, minder ambulant is en een lager leefgroepniveau heeft, de bewoners van de bewonersgroep minder individueel benaderd en behandeld worden en meer routinematig en groepsgewijs. In mindere mate dragen Bewonersleeftijd (AV5) (-.38), Mentorschap (AV7) (.27) en Leeftijd groepsleiding (AV10) (.25) bij aan de mate van de kwaliteit van de Ontwikkelingsvoorwaarden (KZ8). Dit wil zeggen dat gemiddeld oudere groepsleiding meer individueel omgaat met de bewoners, er met jongere bewoners meer individueel omgegaan wordt en indien er sprake is van mentorschap op de leefgroep dit eveneens betekent dat de bewoners van de bewonersgroep meer individueel benaderd worden.

Arbeidssatisfactie (AS)

Aan de verklaring van de mate van Arbeidssatisfactie (AS) dragen de achtergrondgegevens Leefgroepgrootte (AV1) (-.40), Structurele Zorgbehoefte (SZ) (-.32), Bewonersleeftijd (AV5) (-.48) en Dienstverband per week (AV11) (.24), en de dimensies van verzelfstandiging Beheer van financiële zaken (VZ8) (.29) en Immateriële en organisatorische zaken (VZ8) (.34) bij.

Dit wil zeggen dat een hoge mate van verzelfstandiging van de groepsleiding zowel ten aanzien van materiële als immateriële zaken, leidt tot een hogere mate van arbeidssatisfactie. Daarnaast is groepsleiding meer tevreden indien zij werken met een kleine bewonersgroep, de bewonersgroep een geringe mate van zorg nodig heeft, de gemiddelde leeftijd van de bewonersgroep laag is en indien zij werken in een leefgroep waar het gemiddeld dienstver-

Figuur 5.3 LISREL-analyse ter verklaring van de totstandkoming van de kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie



band per week hoog is. De achtergrondgegevens, met name de leeftijd van de bewoners en de omvang van de leefgroep dragen meer bij aan de mate van arbeidssatisfactie dan de dimensies van verzelfstandiging.

Vorzelfstandiging ten aanzien van immateriële en organisatorische zaken (VZ8)

Aan de verklaring van de mate van verzelfstandiging ten aanzien van Immateriële en organisatorische zaken (VZ8) levert het achtergrondgegeven Bewonersleeftijd (AV5) (-.26) een bijdrage; bij jongere bewonersgroepen heeft de groepsleiding een hogere mate van verzelfstandiging ten aanzien van begeleiding van de bewoners, het voeren van de huishouding en het bepalen van de werkdruk.

Vorzelfstandiging ten aanzien van beheer van financiële zaken (VZ9)

Aan de verklaring van de mate van verzelfstandiging ten aanzien van Beheer van financiële zaken (VZ9) draagt het achtergrondgegeven Dienstverband per week (AV11) (.38) bij. Dit wil zeggen dat groepen waar de groepsleiding gemiddeld een hoog dienstverband per week heeft, zij meer beslissingen kan nemen ten aanzien van budgetten van bewoners, keuzen van het interieur en personeelsaangelegenheden. Tevens draagt verzelfstandiging ten aanzien van Immateriële en organisatorische zaken (VZ8) (.52) bij aan de verklaring van verzelfstandiging ten aanzien van Beheer van financiële zaken (VZ9). Naarmate de groepsleiding meer zelfstandigheid heeft ten aanzien van de begeleiding van de bewoners, de huishouding en de werkdruk krijgt zij meer zelfstandigheid ten aanzien van de materiële zaken.

Samenvattend blijkt uit het voorgaande dat de eerste hoofdvraag van ons onderzoek 'is er, direct of indirect via arbeidssatisfactie, sprake van een effect van verzelfstandiging op kwaliteit van zorg', met ja beantwoord kan worden. Er zijn positieve effecten gevonden op de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening.

De tweede hoofdvraag 'komt dat effect vooral op indirecte wijze via arbeidssatisfactie tot stand', moeten we met nee beantwoorden.

Vorzelfstandiging van groepsleiding blijkt directe, positieve effecten op kwaliteit van zorg en op arbeidssatisfactie te hebben.

Verder blijken de achtergrondgegevens zowel positief als negatief sterk bij te dragen aan de verklaring van kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie en in beperkte mate aan verzelfstandiging.

In paragraaf 6.1 wordt een samenvatting van de vraagstelling en de onderzoeksopzet gegeven. In paragraaf 6.2 worden de algemene en de gedifferentieerde conclusies weergegeven, waarna deze in paragraaf 6.3 becommentarieerd worden. In paragraaf 6.4 worden de instrumenten geëvalueerd. Ten slotte worden er in paragraaf 6.5, voortvloeiend uit de conclusies en de discussie, enkele beleidssuggesties geformuleerd.

6.1 Samenvatting van vraagstelling en onderzoeksopzet

In de intramurale instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten is een ontwikkeling te signaleren in de richting van 'de leefgroep als centrum van de organisatie' (Van Gemert en Noorda, 1988). De groepsleiding wordt hierbij gezien als de spil van de zorgverlening aan de bewoners. De organisatieveranderingen die hiermee gepaard gaan, hebben veelal betrekking op het decentraliseren van verantwoordelijkheden en beslissingsbevoegdheden naar het niveau van de leefgroep. De zelfstandigheid van de groepsleiding neemt hierbij veelal toe.

Door besturen en directies werden vraagtekens gezet bij het handhaven van de kwaliteit van de institutionele zorgverlening ten gevolge van deze toenemende zelfstandigheid van groepsleiding. Daarnaast zagen zij in die zelfde periode het ziekteverzuim van groepsleiding toenemen. Vragen die zij stelden waren: hoe ver kan de zelfstandigheid van de groepsleiding in de leefgroepen gaan? Welke aspecten van het werk dragen bij aan een betere afstemming van de zorg en de begeleiding op de individuele behoeften en welke niet? Welke beslissingen kunnen gedelegeerd worden aan groepsleiding zonder verlies van kwaliteit en welke niet? Komt de ontwikkeling in de richting van meer onafhankelijkheid van de groepsleiding de individuele behoeften van de bewoners in de instellingen, het leefklimaat en de kwaliteit van zorg ten goede? Speelt arbeidssatisfactie een rol in dit verband? Zou door meer zelfstandigheid de tevredenheid toenemen en hiermee de kwaliteit van zorg?

Uit onderzoeken in het buitenland (Raynes e.a, 1979; King e.a,

1971; MacEachron e.a, 1985) bleek dat decentralisatie een belangrijke voorwaarde is om tot meer zeggenschap, minder specialisatie en minder formele regelgeving te komen. Met name deze aspecten bleken in belangrijke mate bepalend te zijn voor een betere kwaliteit van de zorg. Tevens bleken zij van belang voor de mate van arbeidssatisfactie (Berting en De Sitter, 1971).

Samenhangend met de decentralisatieprocessen speelt dat de groepsleiding zelf meer zelfstandigheid vraagt en dat de beroepsgroep behoefte heeft aan een duidelijke profilering van haar functie in de praktijk.

Vraagstelling

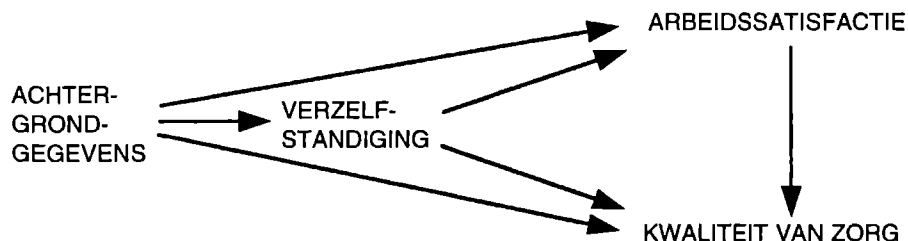
In het onderzoek staat de volgende vraag centraal:

"Leidt in instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten verzelfstandiging van de groepsleiding tot een betere kwaliteit van zorg voor de bewoners en zo ja komt dat dan door een toegenomen arbeidssatisfactie van de groepsleiding?"

In de vraagstelling gaat het om het onderzoeken van de relaties tussen de centrale variabelen verzelfstandiging van groepsleiding van leefgroepen, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie. Het model dat verder uitgangspunt van onderzoek is, is gepresenteerd in figuur 6.1. In het model is op grond van de literatuur een aantal achtergrondgegevens opgenomen. In termen van dit model luiden de onderzoeksvragen:

- is er, direct of indirect via arbeidssatisfactie, sprake van een effect van verzelfstandiging op kwaliteit van zorg?
- zo ja, komt dat effect vooral op indirecte wijze via arbeidssatisfactie tot stand?

Figuur 6.1



Naast beantwoording van deze hoofdvragen verwachten wij antwoord te geven op een aantal specifieke vragen.

Deze vragen hebben te maken met:

1 verzelfstandiging, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg.

- Welke specifieke aspecten van verzelfstandiging verhogen dimensies van kwaliteit van zorg?
- Welke specifieke aspecten van arbeidssatisfactie van de groepsleiding spelen een positieve rol tussen verzelfstandiging en kwaliteit van zorg?

2 achtergrondgegevens.

- Welke achtergrondgegevens zijn van invloed op verzelfstandiging van de groepsleiding, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie?

3 beleid.

- Welke beleidsaanbevelingen kunnen naar aanleiding van de resultaten geformuleerd worden?

Onderzoeksopzet

Steekproef

Met een cross-sectioneel onderzoek van leefgroepen is geprobeerd een antwoord te geven op bovengestelde vragen. In totaal hebben 62 leefgroepen uit elf instellingen geparticipeerd. Ze zijn niet het resultaat geweest van een toevalsselectie, maar een vergelijking met landelijke gegevens laat zien dat er op een aantal belangrijke punten, zoals verdeling naar het niveau van de verstandelijke handicap, geen grote afwijkingen bestaan. Een generalisatie naar de bestaande leefgroepen in Nederland lijkt redelijk mogelijk.

Volgens de gegevens van de instellingen hebben 22 leefgroepen een laag niveau met vooral niet-ambulante bewoners, 22 leefgroepen een midden niveau met overwegend ambulante bewoners en 18 leefgroepen een hoog niveau met vooral ambulante bewoners. Van de hoog niveau leefgroepen verblijven twaalf leefgroepen in een terrein- of fasewoning op de rand van het terrein.

Dataverzameling

Per leefgroep zijn twee leden van de groepsleiding geïnterviewd (groepshoofd en gediplomeerd Z-verpleegkundige of een anderszins gediplomeerd lid van de groepsleiding). Daarnaast zijn de relevante gegevens uit de zorgadministratie van de leefgroep onderzocht, is de dagelijkse gang van zaken tijdens de maaltijd geobserveerd en zijn verschillende gegevens van de bewoners verzameld.

Per instelling zijn ook de bij de leefgroepen betrokken staf en leidinggevenden geïnterviewd.

Meting centrale begrippen

De mate van verzelfstandiging van de groepsleiding is onderzocht via bestaande en (deels) nieuw ontwikkelde vragenlijsten.

Verzelfstandiging is operationeel gedefinieerd als het hebben van regelcapaciteit en beslissingsbevoegdheid en daarmee gepaard gaande verantwoordelijkheid ten aanzien van vijf aspecten van de zorgverlening en -organisatie en twee aspecten met betrekking tot personeelsplanning. De zeven verzelfstandigingsaspecten¹ zijn Budgetbeheer (VZ1), Begeleiding (VZ2), Interieurkeuze (VZ3), Huishouding (VZ4), Personeelsbeleid (VZ5), Werkdruk (VZ6) en Overplaatsing (VZ7).

Arbeidssatisfactie is eveneens gemeten door een operationele definitie te hanteren, waarbij de beleving van de individuele leden van de groepsleiding ten aanzien van vier aspecten van hun werk centraal staat. De vier aspecten zijn Organisatie van het dagelijks werk (AS1), Invloed en medezeggenschap (AS2), Informatieverstrekking (AS3) en Carrière en materiële werkomstandigheden (AS4).

Kwaliteit van zorg is gemeten door zeven aspecten van de zorgverlening te onderzoeken. De zeven aspecten van de kwaliteit van zorg zijn in twee duidelijke categorieën te onderscheiden:

1. Het meten van het verpleegkundig handelen volgens eisen en normen die aan de taakstelling van de verpleegkundige gesteld zijn door een panel van deskundigen uit de praktijk. Voor de vaststelling van de taken van de verpleegkundige is de delphi-methode gevolgd (Hollands e.a., 1990). Het niveau van de kwaliteit van zorg wordt afgemeten aan de mate waarin voldaan wordt aan de door het panel overeengekomen normstelling voortvloeiend uit de vastgestelde taken. Vier dimensies van verpleegkundig handelen, welke ontleend zijn aan het recent ontwikkelde 'Meetinstrument voor toetsing van Z-verpleegkundige zorgkwaliteit' (Hollands e.a., 1990), worden onderscheiden:
 - de verpleegkundige geeft de relatie met de bewoner vorm en inhoud (KZ1),

¹ De afzonderlijke variabelen zijn voorzien van een code. De codes en hun betekenis zijn vermeld op een vouwblad achter in het boek

- de verpleegkundige geeft vorm en inhoud aan het leefmilieu van de bewoner (KZ2),
 - de verpleegkundige maakt gebruik van bestaande structuren binnen de leefgroep ten behoeve van een optimale verpleging (KZ3),
 - de verpleegkundige draagt verantwoording voor de coördinatie van de verpleging van een bewonersgroep en/of een individu binnen de groep (KZ4).
2. Het meten van de kwaliteit van de condities waaronder ontwikkeling van de bewoners mogelijk is:
- de mate waarin de bewoners contacten in de samenleving hebben (KZ5),
 - de mate waarin sprake is van een stimulerende omgeving (KZ6),
 - de mate van bewonersgericht handelen (KZ7).

Deze drie laatst genoemde dimensies zijn respectievelijk gemeten met behulp van de Nederlandse versies (Van Genep, 1989) van de Index of Community Involvement (Raynes e.a., 1979), de Index of Physical Environment (Raynes e.a., 1979) en de Revised resident management practice scale (King, Raynes en Tizard, 1971).

Verder zijn in de analyse achtergrondgegevens opgenomen, zoals leefgroepgrootte, leefgroepniveau, ambulantiengraad, leeftijd, sekse en opleiding van groepsleiding, die naar verwachting effecten kunnen hebben op de relaties tussen verzelfstandiging, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg.

6.2 Resultaten en conclusies

6.2.1 Resultaten en conclusies: algemeen

Uit de analyses komen als belangrijkste algemene conclusies naar voren:

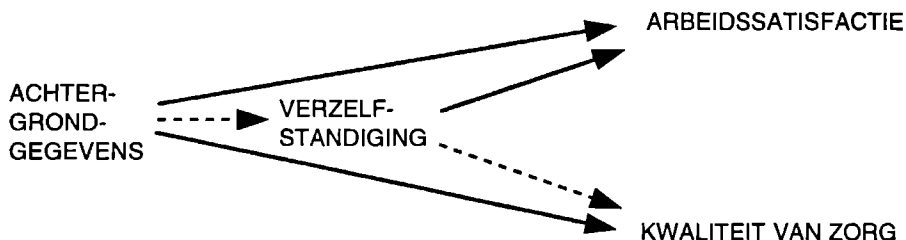
- leefgroepen waar de groepsleiding een grote mate van verzelfstandiging heeft, hebben significant vaker een groepsleiding met een hoge arbeidssatisfactie dan leefgroepen met een geringe mate van verzelfstandiging,
- leefgroepen waarin de groepsleiding een grote mate van verzelfstandiging heeft, hebben, zij het in geringe mate, een hoger niveau van kwaliteit van zorg dan leefgroepen met een geringe

- mate van verzelfstandiging,
- achtergrondgegevens blijken in sterke mate samen te hangen met kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie en maar in geringe mate met verzelfstandiging,
- de leefgroepen scores relatief laag op het instrument waarmee de kwaliteit van de verpleegkundige zorg is gemeten.

Uit de resultaten blijkt dat de tweede hoofdvraag, met arbeidssatisfactie als interveniërende variabele tussen verzelfstandiging en kwaliteit van de zorg, verworpen moet worden. De uitkomsten laten zien (zie figuur 6.2) dat verzelfstandiging onafhankelijke effecten heeft op enerzijds arbeidssatisfactie en anderzijds kwaliteit van zorg; de dikte van de pijlen geeft globaal de sterkte van de verbanden aan. De effecten op arbeidssatisfactie zijn groter dan de effecten op kwaliteit van zorg. In het algemeen geldt dat naarmate de verzelfstandiging hoger is, de arbeidssatisfactie en de kwaliteit van zorg eveneens hoger zijn. Opmerkelijk is het belang van de verschillende achtergrondgegevens.

Figuur 6.2

Resultierend model



In paragraaf 6.2.2 worden de gedifferentieerde resultaten weergegeven, waarbij de verschillende aspecten en dimensies van de drie centrale begrippen gespecificeerd worden.

Verzelfstanding

De gemiddelde verzelfstanding ten aanzien van de Begeleiding (VZ2), Werkdruk (VZ6), Interieurkeuze (VZ3), Budgetbeheer (VZ1) en Overplaatsing (VZ7) is beduidend hoger (er wordt overlegd tussen groepsleiding en hogere leiding en staf) dan de verzelfstanding met betrekking tot Personeelsbeleid (VZ5) en Huishouding (VZ4). Dit wijst erop dat de groepsleiding verhoudingsgewijs veel zeggenschap heeft over het begeleiden van bewoners, leefgroepdoelstellingen, het aantal taken, de volgorde van de taken en het tempo waarin de taken uitgevoerd worden, de keuze van het interieur, de bewonersbudgetten (kleding, ontspanning en vakantie) en over de noodzaak dat een bewoner overgeplaatst wordt. Aanzienlijk minder zeggenschap heeft de groepsleiding over personeelsaangelegenheden als het aannemen en ontslaan van groepsleiding, de inzet van vervanging bij ziekte en overplaatsingen van groepsleiding, alsmede over huishoudelijke aangelegenheden als het tijdstip van de warme maaltijd en het tijdstip van het schoonmaken van de leefgroep door de schoonmaakdienst. De groepsleiding- en huishoudelijke aangelegenheden worden gemiddeld meer door de hogere leiding en/of andere diensten bepaald dan door de groepsleiding.

Arbeidssatisfactie

Over arbeidssatisfactie kan gezegd worden dat de gemiddelde arbeidssatisfactie van de leefgroepen naar het midden neigt. De gemiddelde waarden ten aanzien van de arbeidssatisfactie over Invloed en medezeggenschap (AS2), Organisatie van het dagelijks werk (AS1) en Carrière en materiële werkomstandigheden (AS4) zijn nagenoeg even hoog. De arbeidssatisfactie met betrekking tot Informatieverstrekking (AS3) is iets lager. Alle vier de dimensies van arbeidssatisfactie zijn instellingsgebonden. Dit wil zeggen dat de mate van tevredenheid afhangt van de instelling waar men werkt.

Kwaliteit van zorg

Ten aanzien van de kwaliteit van zorg kan in het algemeen gesteld worden dat de kwaliteit met betrekking tot het Bewonersgericht handelen (KZ7) van de groepsleiding gemiddeld hoog is en de kwaliteit met betrekking tot de Fysieke omgeving (KZ6) en het

aantal Contacten in de samenleving (KZ5) gemiddeld lager is. Vooral de Contacten in de samenleving (KZ5) scoren laag. De kwaliteit van de verpleegkundige zorg is ten aanzien van drie aspecten van verpleegkundige zorg hoog te noemen, namelijk de kwaliteit ten aanzien van de aspecten Vorm en inhoud geven aan de relatie tussen de verpleegkundige en de bewoner (KZ1), Vorm en inhoud geven aan het leefmilieu van de bewoner (KZ2) en Gebruik maken van bestaande structuren ter optimalisering van de verpleging (KZ3). Ten aanzien van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg met betrekking tot de Coördinatie (KZ4) van de verpleging is de gemiddelde score laag te noemen. Dit laatste betekent dat er in de gemiddelde leefgroep nauwelijks verpleegdoelen en behandelplannen geformuleerd worden, er weinig geëvalueerd wordt, er onvoldoende, onduidelijk of niet adequaat gerapporteerd wordt met betrekking tot de individuele bewoners en/of de bewonersgroep.

Twee aspecten van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg zijn instellingsgebonden, namelijk de kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van het leefmilieu (KZ2) en ten aanzien van het gebruik maken van bestaande structuren (KZ3).

Verzelfstandiging en kwaliteit van zorg

Hogere verzelfstandiging ten aanzien van Beheer van financiële zaken (VZ8) blijkt een positieve invloed te hebben op de Verpleegkwaliteit (KZ9). Verzelfstandiging ten aanzien van Budgetbeheer (VZ1) en Personeelsbeleid (VZ5) blijken een positieve invloed te hebben op aspecten van kwaliteit van zorg. Verzelfstandiging ten aanzien van Budgetbeheer (VZ1), dit wil zeggen dat de groepsleiding de budgetten voor ontspanning, kleding en vakantie beheert en bepaalt waaraan deze uitgegeven worden, heeft een positieve invloed op de kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van het gebruik van bestaande Structuren (KZ3), zoals de dagprogrammering van de bewoners. Verzelfstandiging ten aanzien van het Personeelsbeleid (VZ5), dit wil zeggen het zelf kunnen kiezen van personeel en het op eigen wijze invullen van ziektevervanging, heeft een positieve invloed op de kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van het Leefmilieu van de bewoners (KZ2), zoals sfeer, privacy, veiligheid.

Verzelfstandiging en arbeidssatisfactie

Zowel verzelfstandiging ten aanzien van Immateriële en organisa-

torische zaken (VZ9) als verzelfstandiging ten aanzien van Beheer van financiële zaken (VZ8) verhogen de Arbeidssatisfactie (AS). Verzelfstandiging ten aanzien van Interieurkeuze (VZ3), Huishouding (VZ4), Budgetbeheer (VZ1) en Begeleiding (VZ2) heeft een positieve invloed op aspecten van arbeidssatisfactie, waarbij verzelfstandiging ten aanzien van Interieurkeuze (VZ3) een grote invloed heeft op arbeidssatisfactie met betrekking tot Invloed en Medezeggenschap (AS2) en met betrekking tot Carrière en materiële werkomstandigheden (AS4). Meer verzelfstandiging ten aanzien van de Begeleiding van de bewoners (VZ2) en het Budgetbeheer (VZ1) gaat samen met een grotere tevredenheid met betrekking tot Invloed en medezeggenschap (AS2). Zeggenschap over de Huishouding (VZ4), zoals tijdstippen van eten en schoonmaken, is van positieve invloed op de tevredenheid met betrekking tot de Organisatie van het dagelijks werk (AS1). Verzelfstandiging ten aanzien van Budgetbeheer (VZ1) heeft zowel een positieve invloed ten aanzien van aspecten van kwaliteit van zorg als ten aanzien van aspecten van arbeidssatisfactie.

Achtergrondgegevens en verzelfstandiging

Met betrekking tot verzelfstandiging is gebleken dat zes van de zeven aspecten van verzelfstandiging instellingsgebonden voorkomen. De achtergrondgegevens zijn niet noemenswaardig van invloed op de factoren van verzelfstandiging. Alleen bij een hoger gemiddeld Dienstverband per week (AV11) is er sprake van hogere verzelfstandiging ten aanzien van Immateriële en organisatorische zaken (VZ9) en bij een lagere gemiddelde leeftijd van de bewoners is de verzelfstandiging ten aanzien van Beheer van financiële zaken (VZ8) hoger.

Achtergrondgegevens en kwaliteit van zorg

Van de achtergrondgegevens zijn Verzorgingsmaat (AV4), Leeftijd groepsleiding (AV10), Ambulantiegraad (AV3), Groepsleiding/bewonerratio (AV6), Leefgroepniveau (AV2), Mentorschap (AV7) en Bewonersleeftijd (AV5) van invloed op aspecten van kwaliteit van zorg. Verzorgingsmaat (AV4), Leefgroepniveau (AV2) en Ambulantiegraad (AV3) hangen onderling in een grote mate samen ($r > .80$); samen vormen zij het latente achtergrondgegeven Structurele Zorgbehoefte (SZ).

De aanwezigheid van Mentorschap (AV7) heeft een hogere Verpleegkwaliteit (KZ9) tot gevolg. Een lagere Structurele Zorgbe-

hoeft (SZ), een lagere gemiddelde leeftijd van de bewoners (AV5), een hogere leeftijd van de groepsleiding (AV10) en de aanwezigheid van Mentorschap (AV7) heeft een hogere kwaliteit ten aanzien van de Ontwikkelingsvoorwaarden (KZ8) tot gevolg.

Bij een grotere mate van verzorgings- en verplegingsbehoefte (AV4) van de bewonersgroep, en daarmee een lagere Ambulantiëgraad (AV3) en een lager Leefgroepniveau (AV2), is de kwaliteit ten aanzien Contacten in de samenleving (KZ5), ten aanzien van de Fysieke omgeving (KZ6) en ten aanzien van Bewonersgericht handelen (KZ7) lager. De bewoners worden meer routinematig, minder individueel en meer afstandelijk benaderd door de groepsleiding. Deze bewonersgroepen moeten meer ruimten met elkaar delen, zoals slaapkamers, de leefruimte is minder aangekleed en er zijn minder sanitaire voorzieningen. Bij een hoger Leefgroepniveau (AV2) en een lagere Verzorgingsmaat (AV4) is het aantal Contacten in de samenleving (KZ5) groter. Indien bewoners minder afhankelijk zijn van de verzorging en verpleging van de groepsleiding en daarmee samenhangend een hoger niveau van functioneren hebben, neemt het aantal contacten met mensen en activiteiten buiten de instelling toe.

Bij een gemiddeld lagere leeftijd van de groepsleiding (AV10) is de kwaliteit van de verpleegkundige zorg met betrekking tot het Leefmilieu (KZ2) hoger. Er is aandacht voor veiligheid, verjaardagen, privacy, sfeer, rust. Bij aanwezigheid van mentorschap (AV7) en bij een hogere Ambulantiëgraad (AV3) is de kwaliteit van de verpleegkundige zorg met betrekking tot het gebruik van bestaande Structuren (KZ3) hoger. Met dagprogramma's wordt creatiever omgegaan en de regels voor de bewonersgroep worden flexibel gehanteerd.

Indien er meer groepsleiding per bewoner (AV6) in een leefgroep werkt is de Coördinatie (KZ4) als kwaliteit van de verpleegkundige zorg hoger. Er wordt bij deze leefgroepen meer gecoördineerd (verpleegplannen, rapportages, evaluaties) dan bij leefgroepen met minder groepsleiding per bewoner.

Achtergrondgegevens en arbeidssatisfactie

Met betrekking tot de arbeidssatisfactie spelen de achtergrondgegevens Sekse groepsleiding (AV9), Verzorgingsmaat (AV4), Leef-tijd groepsleiding (AV10), Leef-tijd bewoners (AV5), Leefgroep-grootte (AV1), Mentorschap (AV7) en Dienstverband per week (AV11) een rol.

Groepsleiding van leefgroepen, met gemiddeld jongere bewoners (AV5), met een kleiner aantal bewoners (AV1), met bewoners met een lagere Structurele Zorgbehoefte (SZ) en waarvan de groepsleiding een hoger gemiddeld Dienstverband per week (AV11) heeft, zegt meer Arbeidssatisfactie (AS) te hebben.

Bij bewonersgroepen die een hoge mate van verzorging en verpleging (AV4) nodig hebben en bij een grotere Leefgroepgrootte (AV1) is de tevredenheid van de groepsleiding met betrekking tot de Organisatie van het dagelijks werk (AS1) lager. Een grote Leefgroepgrootte (AV1), meer vrouwelijke groepsleiding (AV9) en een hogere gemiddelde leeftijd van de groepsleiding (AV10) heeft een afnemende tevredenheid van de groepsleiding tot gevolg met betrekking tot Invloed en medezeggenschap (AS2). De aanwezigheid van Mentorschap (AV7) betekent minder tevredenheid van de groepsleiding ten aanzien van de Informatieverstrekking (AS3). Dit wil zeggen dat de groepsleiding vindt dat zij te weinig op de hoogte gesteld wordt van de noodzaak van veranderingen binnen de instelling en weinig reacties krijgt over de wijze van werken.

6.3 Beschouwing van de resultaten en discussie

Deze paragraaf beoogt geen uitputtende beschouwing te zijn over de resultaten, conclusies en van belang zijnde aandachtspunten. De discussie wordt hier vooral gevoerd op basis van de onderzochte hoofdrelaties tussen de drie centrale variabelen verzelfstandiging, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg. Daarnaast zullen enkele, binnen het kader van dit onderzoek, opmerkelijke resultaten genoemd worden, die als onderwerp in de actuele discussie in de zorg voor verstandelijk gehandicapten aan de orde zijn.

Verzelfstandiging en kwaliteit van zorg

Uit het onderzoek komt naar voren dat kwaliteit van zorg rechtstreeks wordt beïnvloed door verzelfstandiging en niet via arbeidssatisfactie.

Verzelfstandiging ten aanzien van budgetbeheer, waar het gaat om gelden voor kleding, ontspanning en vakantie van de bewoners, heeft de meest duidelijke invloed op de kwaliteit van zorg. Het betreft dan vooral de kwaliteit van de verpleegkundige zorg met betrekking tot het omgaan met bestaande structuren binnen

de leefgroep. Deze relatie is goed verklaarbaar, omdat door het direct beschikbaar hebben van gelden voor het organiseren van ontspanningsactiviteiten en voor kledingaankopen, de groepsleiding flexibeler kan omgaan met de dagprogrammering. Indien budgetten door anderen beheerd worden en er eventueel toestemming gevraagd moet worden om uitgaven te mogen doen, zal dit meer gepland moeten gebeuren en zal deze planning veel meer afhankelijk zijn van door anderen opgestelde voorschriften en regels.

Een analoge verklaring kan gegeven worden met betrekking tot de verzelfstandiging ten aanzien van het personeelsbeleid. Verzelfstandiging op dit aspect heeft een positieve invloed op de kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van het leefmilieu. Het kunnen kiezen en het in grote mate invloed hebben op de samenstelling van het personeel en de inzet van vervangend personeel bij ziekte, houdt in dat de groepsleiding meer afgestemd is of kan worden op de behoeften van en vereisten voor de bewoners van een specifieke leefgroep. Een mogelijk andere verklaring is dat door meer zeggenschap te hebben over het personeelsbeleid van de leefgroep, de groepsleiding kritischer omgaat met de specifieke behoeften van de bewoners en meer betrokken is bij de bewoners. Deze mogelijke verklaring van een grotere betrokkenheid vindt ondersteuning in een onderzoek naar de relaties tussen decentralisatie en kwaliteit van zorg dat in Engeland is uitgevoerd in instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten (Raynes, Pratt en Roses, 1977). De onderzoekers vonden dat een grotere betrokkenheid bij beslissingen een betere kwaliteit van zorg oplevert. Evenzeer constateerden zij dat indien de groepsleiding meer controlemogelijkheden over het eigen werk heeft, zij meer stimulerend met de bewoners omgaat en dat een veelvoud aan vastgelegde regels de kwaliteit van zorg niet ten goede komt. In het voorliggende onderzoek betekent een veelvoud aan vastgelegde regels dat beslissingen vooral door anderen dan de groepsleiding worden genomen. MacEachron e.a. (1985) constateerden eveneens dat invloed van de groepsleiding op de besluitvorming positief uitwerkt op het functioneren van de bewoners door het meer bewonersgericht handelen van de groepsleiding. Beslissingsbevoegdheid hebben houdt ook in het hebben van verantwoordelijkheid; waar men op aangesproken kan worden, waardoor mogelijkerwijs afschuiven op anderen minder mogelijk is. Vanuit de sociotechniek werden deze resultaten eveneens verwacht; verbeteren van de kwaliteit van arbeid met

name door meer autonomie in het werk te bieden werkt positief op het welzijn van de werknemers en komt de bedrijfsresultaten ten goede (WEBA, 1990).

Opvallend is dat verzelfstandiging ten aanzien van begeleidingsaspecten en huishouding niet naar voren komen als belangrijke beïnvloeders van kwaliteit van zorg. Verzelfstandiging ten aanzien van de materiële zaken is voor de kwaliteit van zorg meer bepalend dan de inhoudelijke en organisatorische aspecten. Dit is een onverwacht resultaat, omdat onderwerpen als de begeleiding van de bewoners en de organisatie van de huishouding essentiële inhoud van het werk van de groepsleiding lijken te zijn. Bij verzelfstandiging ten aanzien van de begeleiding wordt dit mogelijk verklaard, doordat veel leefgroepen feitelijk op enigerlei wijze al invloed op de besluitvorming ten aanzien van begeleidingsaspecten blijken te hebben. De gemiddelde score van de leefgroepen op deze verzelfstandigingsfactor is vrij hoog (gemiddeld 4.69, maximaal te behalen score 6.0, standaarddeviatie .72) en de spreiding binnen deze factor is relatief gering. Hierdoor komt deze factor in de analyse als verklarende variabele minder tot zijn recht.

De mate van verzelfstandiging ten aanzien van de huishouding is gemiddeld over de onderzochte leefgroepen gering (gemiddeld 2.14, maximaal te behalen score 6.0, standaarddeviatie 1.63). Bij vele leefgroepen wordt het tijdstip waarop de warme maaltijd wordt verstrekt door anderen dan de groepsleiding bepaald, evenals de tijdstippen waarop er schoongemaakt wordt. Dit heeft blijkbaar geen invloed op de aspecten van de kwaliteit van zorg die in dit onderzoek onderzocht zijn (met betrekking tot arbeidssatisfactie zijn deze twee verzelfstandigingsfactoren wel van invloed).

Verzelfstandiging en arbeidssatisfactie

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat verschillende aspecten van verzelfstandiging invloed hebben op arbeidssatisfactie. Verzelfstandiging ten aanzien van de keuze van het interieur, zoals meubels, serviesgoed en de aankleding van de leefruimte, heeft het meest duidelijke positieve effect op arbeidssatisfactie. De groepsleiding is, indien ze hierop invloed heeft, tevredener over de mate van invloed en medezeggenschap en ook meer tevreden met de carrière en materiële werkomstandigheden. Blijkbaar geeft verzelfstandiging over materiële aangelegenheden reden voor tevredenheid. Bovendien werkt de groepsleiding in dezelfde ruimte als waar de bewoners wonen. Verzelfstandiging

met betrekking tot de interieurkeuze heeft dan een tweeledig effect. Er vindt afstemming plaats op de behoeften van de bewoners en waarschijnlijk ook een afstemming op de soorten werkzaamheden die de groepsleiding, voortvloeiend uit deze specifieke bewonersgroep, moet verrichten. Er is door invloed op de interieurkeuze zowel een mogelijkheid om aan de behoeften van de bewoners (aspect kwaliteit van zorg) te voldoen als om de eigen werkplek van de groepsleiding naar eigen inzichten in te richten (aspect van arbeidssatisfactie).

De eerder genoemde verzelfstandigingsfactor huishouding, die niet een bepalende factor voor de kwaliteit van zorg is, heeft wel duidelijke effecten op de mate van tevredenheid van de groepsleiding met betrekking tot de organisatie van het dagelijks werk. Invloed hebben over tijdstippen van warm eten en van schoonmaken draagt er toe bij dat de groepsleiding flexibeler om kan gaan met de dagelijkse werkzaamheden. Indien deze tijdstippen vastgesteld zijn door anderen zonder dat de groepsleiding daar invloed op heeft kunnen uitoefenen, kunnen de werkzaamheden van de groepsleiding onder druk komen te staan. Het resultaat is een lagere mate van tevredenheid.

Het hebben van invloed, beslissingsbevoegdheid en regelcapaciteit, ten aanzien van de begeleiding van de bewoners en ten aanzien van het beheren van de budgetten heeft een positieve uitwerking op de arbeidssatisfactiefactor invloed en medezeggenschap. Invloed op het beheren van budgetten werkt zowel positief naar de arbeidssatisfactie als naar de kwaliteit van zorg. MacEachron e.a. (1985) vonden dat invloed op de besluitvorming een positieve uitwerking heeft op de arbeidssatisfactie ten aanzien van de besluitvorming en dat dit motiverend werkt ten aanzien van de uitvoering van het werk. In het onderhavige onderzoek bleken beide effecten aanwezig. Het is echter niet zo dat er eerst meer tevredenheid heerst en dat hier vervolgens een betere zorgverlening uit voortvloeit. Analoog aan De Sitter (1982) en de Projectgroep Welzijn bij de Arbeid (WEBA, 1989) kan op grond van dit onderzoek bevestigd worden, dat door het hebben van invloed op deze onderwerpen de werkers regelcapaciteit hebben. Zij hebben regelmogelijkheden om een probleem op te lossen, bijvoorbeeld via het aanpassen van dagprogramma's. Het hebben van regelmogelijkheden biedt ruimte om het werk naar eigen inzicht in te delen en levert mogelijkheden tot contacten met anderen op. Door het hebben van regelmogelijkheden wordt het werk tegelijkertijd meer

compleet. Dit wil zeggen dat er aan het werk zowel besluitvormende en regulerende aspecten als uitvoerende aspecten zijn verbonden (De Sitter, 1982).

Arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg

Blijkens de causale analyse van het onderzoek komt geen enkel effect van arbeidssatisfactie op kwaliteit van zorg naar voren. Incidenteel (blijkt uit de regressie-analyse) speelt de tevredenheid ten aanzien van de organisatie van het werk een negatieve rol en tevredenheid over invloed en medezeggenschap een positieve rol ten aanzien van kwaliteit van zorg.

Opvallend is dat indien de tevredenheid met de organisatie van het dagelijks werk toeneemt, de kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van de coördinatie van de zorg afneemt. De tevredenheid met de organisatie van het dagelijks werk wordt in een belangrijke mate bepaald door de groepsleiding/bewonerratio, welke sterk samenhangt met de achtergrondgegevens verzorgingsmaat, leefgroepniveau en ambulantiegraad. Dit wil zeggen dat indien de mate van benodigde verzorging en verpleging hoger is, het leefgroepniveau lager is en de bewoners minder ambulant zijn, hierdoor de tevredenheid met betrekking tot de organisatie van het dagelijks werk minder is. De groepsleiding werkt dan meer onder tijdsdruk, er zijn meer personeelsswisselingen, nieuwe groepsleiding wordt slechter ingewerkt en de manier van werken op de afdeling moet verbeterd worden. De arbeidssatisfactie is lager. Voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van de coördinatie betekent dit, dat indien er meer verpleegd en verzorgd wordt er ook meer gecoördineerd wordt ten aanzien van de zorg. Er worden vaker verpleegplannen, begeleidingsdoelen en adequate rapportages aangetroffen. De kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van de coördinatie is hoger.

Kwaliteit van zorg

Op de kwaliteit van zorg aspecten die in dit onderzoek meegenomen zijn, wordt in de onderzochte leefgroepen verschillend gescoord. Er komen zowel lage als hoge scores voor. De contacten van de bewoners met de samenleving scoren gemiddeld laag en er zijn leefgroepen die hierop zeer laag scoren. Blijkbaar komt van een met de samenleving geïntegreerde ontwikkeling van de bewoners minder terecht. Deels wordt dit gegeven verklaard door de zeer verzorgingsbehoevende, niet-ambulante bewonersgroepen.

Het op pad gaan met deze bewonersgroepen vraagt van de groepsleiding een enorme organisatie en inspanning. Indien deze leefgroepen buiten beschouwing worden gelaten, tonen de analyses dat de gemiddelde scores nog steeds aan de lage kant blijven. Blijkbaar is de integratie ook moeilijk te bereiken voor minder verzorgingsbehoevende bewonersgroepen. Misschien kunnen de geringe scores veroorzaakt zijn door het meetinstrument dat de contacten van de bewoners met de samenleving meet. Het instrument besteedt veel aandacht aan bepaalde culturele zaken en aan contacten met andere artsen dan de instellingsarts. Met betrekking tot dit laatste aspect lijkt in het veld meer het idee te heersen dat de eigen arts, die bekend is met verstandelijk gehandicapten, meer kan verrichten ten aanzien van deze categorie bewoners dan andere externe en meer algemeen georiënteerde artsen. Er wordt slechts zelden gescoord op deze aspecten.

De gemiddelde scores met betrekking tot de Fysieke omgeving kunnen net voldoende genoemd worden, indien ervan uitgegaan wordt dat de omslag voldoende-onvoldoende in het midden van de schaal ligt. De fysieke omgeving is niet overal zodanig afgestemd op de bewoners, dat er van de omgeving stimulerende prikkels uitgaan voor de ontwikkeling van de bewoners. Dit resultaat valt tegen omdat Raynes e.a. (1979) en Scheerenberger (1976) reeds geconstateerd hadden dat een betere fysieke omgeving gedragsproblematiek doet afnemen, vooral indien er voor iedere bewoner genoeg eigen ruimte is. MacEachron e.a. (1985) constateerden bovendien dat bewonersgericht handelen sterk samenhangt met een aangepaste woonomgeving.

De gemiddelde scores met betrekking tot de dimensies van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg zijn redelijk hoog, behalve de kwaliteit met betrekking tot de coördinatie van de zorg (verpleegplannen, begeleidingsdoelen, adequate rapportages). Op de andere dimensies komen bij een aantal leefgroepen eveneens lage scores voor. Een mogelijke verklaring hiervoor kan gelegen zijn in het feit dat het meten van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg gerelateerd is aan de taken van de Z-verpleegkundigen. Deze taken zijn recentelijk vastgelegd in het profiel van de Z-verpleegkundige (Hollands e.a., 1990). Het veld is blijkbaar nog niet zover gevorderd met de afstemming op deze taakprofielen.

Achtergrondgegevens en verzelfstandiging

De achtergrondgegevens die een significante samenhang vertonen met verzelfstandiging zijn de bewonersleeftijd en het gemiddelde dienstverband per week van de groepsleiding.

Naarmate de bewoners per leefgroep gemiddeld jonger zijn, blijkt de beslissingsbevoegdheid van de groepsleiding ten aanzien van het beheer van financiële zaken toe te nemen. Bij jongere bewoners trekt de groepsleiding meer beslissingsbevoegdheden naar zich toe òf zij krijgt van de hogere leiding in leefgroepen met deze bewoners meer beslissingsruimte. De groepsleiding is bij jonge, nog in ontwikkeling zijnde bewoners, degene die het meeste zicht heeft op de vereisten voor en behoeften van deze kinderen.

Naarmate de groepsleiding gemiddeld een hoger dienstverband per week heeft, blijkt zij meer beslissingsbevoegdheid te hebben ten aanzien van de dagelijkse gang van zaken binnen de leefgroep zoals ten aanzien van de begeleiding van de bewoners, de organisatie van de huishouding.

Een opvallende uitkomst is dat het niveau van verzelfstandiging van de leefgroepen significant instellingsafhankelijk is. Blijkbaar maakt het management van een instelling keuzes ten aanzien van wel of niet verzelfstandigen en voor welke aspecten. Indien het management deze keuze maakt, kan gesteld worden dat decentralisatie van beslissingsbevoegdheden centraal bepaald wordt.

Achtergrondgegevens en kwaliteit van zorg

De aanwezigheid van mentorschap, in welke vorm dan ook, heeft een positieve uitwerking op de verpleegkundige zorgkwaliteit. De aanwezigheid van mentorschap, dit wil zeggen dat elk lid van de groepsleiding de zorg van een aantal bewoners coördineert, staat mogelijkerwijs in relatie met de aanwezige kennis met betrekking tot het methodisch werken. Mentorschap kan als een organisatievorm van methodisch werken gebruikt worden en is mogelijkerwijs een vereiste hiervoor. De aanwezigheid van mentorschap blijkt meer aandacht op te leveren voor de wijze van omgaan met de dagelijkse situatie. Opvallend is dat mentorschap niet van invloed is op de dimensie kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van de coördinatie van de zorg. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen hoe de gedifferentieerde vormen van mentorschap uitwerken op de kwaliteit van zorg.

Met betrekking tot de kwaliteit van de verpleegkundige zorg spelen incidenteel de achtergrondgegevens leeftijd van de groepslei-

ding en de verzorgingsbehoefte van de bewonersgroep een rol. Opvallend is dat bij jongere groepsleiding de kwaliteit van de zorg voor het leefmilieu toeneemt. Hiervoor zijn verschillende mogelijke verklaringen aan te geven.

1. Jongere groepsleiding heeft relatief kort geleden een opleiding afgesloten, waardoor er een grotere kans is dat zij de nieuwere verzorgings- en verplegingsmethodieken onderwezen hebben gekregen, die zij vervolgens ook toepassen in de praktijk.
2. De periode dat de groepsleiding op een leefgroep werkt is bij jongere groepsleiding relatief gezien korter dan bij oudere groepsleiding; "Beginnersenthousiasme" werkt door in hun inzet en handelen. Vergelijkbaar hiermee is het resultaat dat King e.a. (1971) vonden. Zij constateerden in hun onderzoek dat groepsleiding die korter dan één jaar werkt op een leefgroep meer bewonersgericht te werk gaat dan groepsleiding die langer dan één jaar op de leefgroep werkt. Het lijkt dat de groepsleiding zich na verloop van tijd aanpast aan de binnen de leefgroep heersende cultuur.

Voor de kwaliteit van de condities voor de zorg is het cluster verzorgingsmaat, ambulantiengraad en niveau van de bewonersgroep zeer bepalend. Bij laag niveau, verzorgingsbehoevende en niet ambulante bewonersgroepen zijn de condities het minst. Deze bewonersgroepen worden het minst bewonersgericht benaderd, gaan het minst van het instellingsterrein af en verblijven in de minst stimulerende omgeving. In de literatuur worden hiervoor twee mogelijke verklaringen signaleerd.

1. De ongunstige verdeling van de middelen ten nadele van de lager niveau groepen (Raynes e.a., 1979).
2. Ernstig diep verstandelijk gehandicapten vragen meer personeel om bewonersgericht handelen in stand te houden (King e.a., 1971).

Deze verklaringen zijn uit onderzoek in het buitenland naar voren gekomen. Wat de oorzaak hiervan is in de Nederlandse situatie zou nader onderzocht moeten worden.

Wat betreft de kwaliteit van het verpleegkundige handelen, vertonen deze bewonersgroepen geen slechtere resultaten dan andere bewonersgroepen. De coördinatie van de zorg wordt bij deze groepen zelfs beter uitgevoerd. Hierbij moet aangetekend worden dat deze bewonersgroepen veel vaker verpleegkundige handelin-

gen behoeven, waarover onder andere gerapporteerd moet worden. Adequaat rapporteren is een belangrijk item in het instrument.

Opvallend is dat de leefgroepgrootte niet als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van zorg naar voren is gekomen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in het onderzoek de spreiding in de omvang van de leefgroepen slechts beperkt is.

Achtergrondgegevens en arbeidssatisfactie

Voor de arbeidssatisfactie zijn de verzorgingsmaat, de daarmee samenhangende ambulante en het niveau van de bewonersgroepen en daarnaast de leefgroepgrootte en de gemiddelde leeftijd van de bewoners zeer bepalende achtergrondgegevens. De groepsleiding is meer ontevreden bij laag niveau, verzorgingsbehoevende en niet-ambulante bewonersgroepen, bij bewonersgroepen die groot van omvang zijn en bij bewonersgroepen waar de bewoners gemiddeld een hogere leeftijd hebben. De verzorgingsbehoefte en de groepsomvang drukken vooral de tevredenheid met betrekking tot de organisatie van het dagelijks werk. In omvangrijke en verzorgingsbehoevende bewonersgroepen moeten vele werkzaamheden verricht worden, die alle tijdrovend zijn en die samen praktisch de hele dag vullen. Als er op zo'n leefgroep iets mis gaat of er iets extra's tussendoor moet, komt het hele programma onder druk te staan. Persoonlijke aandacht voor bewoners komt in grotere groepen mogelijk in de verdrukking.

Opvallend is ook dat de kwaliteit van de verpleegkundige zorg ten aanzien van de coördinatie toeneemt bij verzorgingsbehoevende bewonersgroepen en dat tegelijkertijd de arbeidssatisfactie van de groepsleiding afneemt, met name de arbeidssatisfactie ten aanzien van de organisatie van het dagelijks werk. Een toename aan coördinerende taken kan een nog grotere druk op de werkzaamheden betekenen.

Achtergrondgegevens

Naarmate het aantal bewoners in een leefgroep toeneemt neemt de groepsleiding/bewonerratio af. Bewoners die in grotere leefgroepen verblijven moeten het met minder groepsleiding per bewoner doen.

In bewonersgroepen die zeer verzorgingsbehoevend zijn en daarmee samenhangend een laag niveau hebben en minder ambulant zijn, werkt vooral jonge en lager opgeleide groepsleiding. Het lijkt

dat de jonge, onlangs gestarte werkers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten eerst op de meest verzorgingsintensieve bewonersgroepen te werk worden gesteld. Waarom werkt juist de jonge, lager opgeleide en vooral vrouwelijke groepsleiding op deze leefgroepen? Heeft het te maken met het idee dat deze bewonersgroepen vooral verzorging nodig hebben of omdat er vooral 'handen aan het bed' nodig zijn, waardoor er vervolgens lager opgeleide groepsleiding in deze leefgroepen worden aangenomen omdat anders de personele kosten te hoog worden? Of is het een gegeven dat weinigen bij voorkeur op deze leefgroepen willen werken en dat de hoger opgeleiden zodra de kans zich voordoet bij hoger niveau groepen solliciteren?

6.4 Evaluatie onderzoeksinstrumenten

In paragraaf 6.4 vindt een reflectie plaats op de in het onderzoek toegepaste instrumenten. In het onderzoek is gebruik gemaakt van bestaande instrumenten voor het meten van kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie, die voor dit onderzoek aangepast zijn. Voor het meten van de mate van verzelfstandiging is een instrument ontwikkeld op grond van de resultaten van het pilotonderzoek (Geelen en Kielema, 1988). De grote hoeveelheid met de instrumenten verzamelde gegevens kan op een later moment en in een ander verband voor een aanvullende analyse in aanmerking komen. De instrumenten voor de meting van de kwaliteit van zorg krijgen in deze beschouwing relatief meer aandacht. Zowel de keuze van de instrumenten als de toepassing ervan in het veld heeft veelvuldig aanleiding gegeven tot discussies.

Verzelfstandiging

Om tot gedifferentieerde uitspraken te komen met betrekking tot verzelfstandiging van de groepsleiding is de mate ervan op een aantal aspecten onderzocht. In het instrument zijn twee beleidsaspecten nader uitgewerkt, te weten het zorgbeleid en het personeelsbeleid.

Geconstateerd wordt dat met name het terrein van het zorgbeleid nader uitgewerkt kan worden. De antwoorden op de vragen met betrekking tot verzorging/verpleging, of ook wel de directe zorgverlening, differentiëren in een geringe mate. Klaarblijkelijk beslist de groepsleiding in hoge mate zelfstandig over aspecten van de

directe zorgverlening. In het recentelijk verschenen rapport van de projectgroep WEBA (1990) kunnen aanknopingspunten gevonden worden om het terrein van de directe verzorging en verpleging nader uit te werken. Met het oog op het van kracht worden van de laatste fase van de arbeidsomstandighedenwet in 1990 zijn in dit rapport aanbevelingen geformuleerd voor het beoordelen en (her)ontwerpen van de organisatie van de arbeid, in het bijzonder de inhoud van de functies. Het betreft een benadering waarin voorwaarden aan het werk gesteld worden. Het gaat om kenmerken van de functie-inhoud die in onderlinge samenhang psychische overbelasting voorkomen en leer- en ontwikkelingsmogelijkheden bevorderen. Hiervoor zijn, ook voor verpleegkundigen, bestaande functies uiteengelegd in taken en werkzaamheden, ook op het terrein van de directe zorgverlening. Ten behoeve van een op zichzelf staand instrument voor de meting van de mate van verzelfstandiging van groepsleiding kan de genoemde nadere uitwerking van belang zijn.

Voor het onderhavige onderzoek heeft het instrument aan de verwachtingen voldaan.

Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg is een complex object van onderzoek. In de begeleidingscommissie werd uitvoerig gediscussieerd over de vaststelling van wat zorg is; wanneer deze als goed beoordeeld kan worden en welke de meest geschikte onderzoekstechniek hiervoor is. Op grond van de discussies is besloten kwaliteit van zorg zo breed mogelijk op te nemen in dit onderzoek. Daarbij rekening houdend met de doelstelling van het onderzoek, waarin vergelijking van leefgroepen op grotere schaal aan de orde is. Derhalve diende gekozen te worden voor instrumenten die kwantificeerbare gegevens zouden opleveren.

De bovenstaande overwegingen hebben tot de volgende keuze geleid, waarbij met gebruikmaking van bestaande instrumenten, twee benaderingen van kwaliteit van zorg onderzocht zijn:

1. De condities waaronder bewoners zich kunnen ontwikkelen.
2. De dimensies van de verpleegkundige zorgverlening.

De bovengenoemde aspecten van kwaliteit van zorg omvatten twee benaderingen van de kwaliteit van zorg. Hierdoor is niet het totaal van de zorg object van onderzoek. Deze keuze is een normatieve, waarbij de eerste benadering ervan uitgaat dat ontwikkeling van bewoners de doelstelling van zorg is, en de tweede bena-

dering een functieprofiel van de Z-verpleegkundige als uitgangspunt heeft, waarin professionele vereisten van goede zorgverlening genormeerd zijn opgenomen.

Ten aanzien van de condities zijn drie Angelsaksische instrumenten gekozen. Bij afwezigheid van andere adequate instrumenten benaderen deze instrumenten het beste qua idee de inhoud van kwaliteit van zorg zoals deze in de commissie gezien wordt, hoewel sommige items verouderd lijken te zijn. Bovendien zijn deze instrumenten gekozen om redenen van een eventuele vergelijking van de resultaten met resultaten die in het buitenland gevonden zijn. De (internationale) vergelijking is in deze studie niet aan de orde, maar kan mogelijk in een latere instantie nog nader beschouwd worden. De uitwerkingen naar items, zoals deze in de vragenlijsten zijn opgenomen, werden voor dit onderzoek al enigszins aangepast in navolging van Van Gennep (1989), die dezelfde schalen eerder in Nederland toepaste. Ondanks deze aanpassingen werd gedurende de interviews gesignaleerd dat sommige items, vanwege de antieke werkelijkheid waarop de vragen betrekking hadden, aanleiding tot hilariteit gaven. Een voorbeeld hiervan uit de 'Revised Resident Management Practice Scale' is: 'Wat gebeurt er met de eigen kleding van de bewoners?', waarop een van de antwoordmogelijkheden is 'slechts gedragen bij speciale gelegenheden door de bewoners'. Een voorbeeld uit de 'Index of Community Involvement' is: 'Hoeveel bewoners gingen de afgelopen maand naar een museum, circus of concert?'. Meer eigentijdse 'culturele' activiteiten werden in deze schaal niet genoemd, zoals een voetbalwedstrijd. De drie instrumenten worden (mogelijk) gekenmerkt door de stand van de zorg ettelijke jaren geleden in Engeland. Daarnaast wijst een geringe spreiding van de antwoorden op een aantal vragen erop dat aanpassing van de instrumenten gewenst is.

In de LISREL analyse is naar voren gekomen dat twee schalen met betrekking tot de condities waaronder bewoners zich kunnen ontwikkelen, te weten de schalen die de kwaliteit van de fysieke omgeving en het aantal contacten in de samenleving meet, zodanig sterk samen hangen met het achtergrondgegeven Structurele Zorgbehoefte van de bewoners dat er sprake lijkt te zijn van contaminatie. Deze schalen lijken eerder structurele gegevens te meten dan gegevens die door groepsleidendgedrag te beïnvloeden zijn.

Op grond van de toepassingen in dit onderzoek kan gesteld worden dat het meten van de condities waaronder bewoners zich kunnen ontwikkelen op zichzelf inzicht oplevert in één deels structureel aspect van de kwaliteit van de zorg. Daarnaast moet echter ook vastgesteld worden dat dergelijke instrumenten zoals hier toegepast een voortdurende dynamiek kennen, waardoor aanpassing van deze instrumenten aan de actuele toestand en de dan geldende normen voortdurend vereiste is.

De tweede benadering, de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening, is op het laatste moment in het onderzoek opgenomen. De bespreking van de hiervoor benoemde Angelsaksische instrumenten leidde tot de conclusie dat hiermee slechts een beperkt deel van de zorgkwaliteit gemeten zou worden en bovendien met een enigszins gedateerd aandoende en op de Engelse situatie ontwikkelde schaal. In samenwerking met de Hogeschool Nijmegen werd een verkorte versie van het kwaliteitsmeetinstrument voor het meten van de verpleegkundige zorg in de zorg voor verstandelijk gehandicapten in het onderzoek opgenomen. Dit instrument is niet in eerste instantie ontwikkeld ten behoeve van vergelijkend onderzoek. Het is vooral bedoeld voor de interne kwaliteitstoetsing in de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten, gericht op kwaliteitsbevordering. Aan de ontwikkeling van het instrument ligt het functieprofiel van de Z-verpleegkundige ten grondslag. In de praktijk bleek dit profiel nog niet overal uitgangspunt van zorgverlening te zijn. Door de toepassing van drie gegevensbronnen, te weten interview, observatie en registratie-analyse wordt een gedifferentieerde weergave van de werkelijkheid geboden. De beperkte antwoordcategorieën (slechts ja/nee), op vragen die meer antwoorden kunnen hebben, vergen een herbezinning daar waar het instrument toegepast wordt in vergelijkend onderzoek. Met name wanneer met het antwoord 'ja' niet naar voren komt of het een handeling betreft die slechts één keer of meer keren voorkwam. Indien de frequenties van deze handelingen verdisconteerd worden in de scores, wordt meer genuanceerde informatie over de verpleegkundige zorgverlening verworven. Ondanks de bovengenoemde beperkingen van de instrumenten hebben zij in het kader van de vraagstelling voor dit onderzoek een adequate vergelijking mogelijk gemaakt tussen de leefgroepen.

Arbeidssatisfactie

De arbeidssatisfactie van de groepsleiding is gemeten door verschillende aspecten van het werk na te gaan. Het instrument is voor een groot deel ontleend aan de vragenlijst van Peters en Molders (Peters en Molders, 1980). Uit deze vragenlijst is een selectie gemaakt. De samenstelling en de toepassing van het instrument in dit onderzoek geeft weinig aanleiding tot het maken van opmerkingen.

Nu we weten dat in ons onderzoek arbeidssatisfactie geen invloed uitoefent op kwaliteit van zorg, kunnen we ons afvragen of het instrument datgene meet wat wij voor ogen hadden tijdens de opzet van het onderzoek. Wij hadden werkbeleving die vervolgens motiveert tot inspanning voor ogen. Achteraf gezien is waarschijnlijk slechts werkbeleving gemeten.

6.5 Aanbevelingen voor het beleid

Terugblikkend op het onderzoek willen wij in deze paragraaf proberen om tot enkele notities voor het beleid te komen. Eén van de opmerkelijkste, niet verwachte bevindingen uit het onderzoek zijn de directe effecten van achtergrondgegevens op zowel de kwaliteit van zorg als op de arbeidssatisfactie.

Vooraf het effect van het achtergrondgegeven dat we aangeduid hebben als de structurele zorgbehoefte van de bewoners valt op. Naarmate de structurele zorgbehoefte hoger is, dat wil zeggen dat bewoners meer verzorging en verpleging nodig hebben, minder ambulant zijn en op een lager niveau functioneren, is vooral de kwaliteit van de condities waaronder bewoners zich kunnen ontwikkelen aanzienlijk lager. We hebben al eerder geconstateerd dat op deze leefgroepen de basale zorg nagenoeg de hele dag in beslag neemt. Zodra er maar het geringste tegenzit komt zelfs de basale zorg onder druk te staan. Van groepsleiding wordt verwacht dat ook aan de basale zorg overschrijdende activiteiten aandacht wordt besteed. Op verzorgingsbehoevende groepen komt de groepsleiding hier nauwelijks aan toe. Activiteiten die mogelijk zijn voor deze bewoners zoals wandelen met de bewoners vergt op deze groepen veel menskracht. Ook constateren wij dat de arbeidssatisfactie van groepsleiding in deze leefgroepen aanzienlijk lager is. Redenen hiervoor zijn mogelijk te vinden in de hoge werkdruk, verhoudingsgewijs weinig personeel om meer te

doen dan alleen basale zorg, weinig afwisseling in het werk en mogelijk het gevoel bij groepsleiding dat meer van haar verwacht wordt dan zij kan realiseren. Uit ons onderzoek blijkt dat relatief jong personeel dat gemiddeld lager opgeleid is in deze leefgroepen werkzaam is. Dit betekent dat deze leefgroepen een relatief grote doorstroming van personeel hebben. De structurele zorgbehoefte is moeilijk beïnvloedbaar. Te onderzoeken mogelijkheden zijn spreiding van sterk verzorgingsbehoevende bewoners over meer leefgroepen en inzetten van meer groepsleiding op deze leefgroepen. Wij menen wel dat deze leefgroepen extra aandacht behoeven in het licht van zowel het verhogen van de kwaliteit van zorg als het verhogen van de arbeidssatisfactie.

Het achtergrondgegeven aanwezigheid van mentorschap blijkt een belangrijk effect te hebben op de kwaliteit van zorg. Mentorschap als coördinatievorm van zorg is een goed middel om de kwaliteit van zorg in algemene zin te verhogen. Welke vorm van mentorschap het meest effectief is kan op grond van ons onderzoek niet gezegd worden. Mentorschap is slechts opgenomen als achtergrondgegeven dat aangeeft of er wel, in enige mate of niet sprake van is in welke vorm dan ook. De meest adequate vormgeving en toepassing van het mentorschap behoeft nader onderzoek.

In grote leefgroepen qua aantal bewoners, vaak samengaand met relatief meer bewoners per groepsleiding, is de groepsleiding minder tevreden. Ondanks het gegeven dat de omvang van de leefgroep geen directe gevolgen heeft voor de kwaliteit van zorg dient hieraan terwille van de arbeidssatisfactie aandacht besteed te worden.

Een gemiddeld hoger dienstverband per week blijkt de zeggenschap over de dagelijkse gang van zaken en tevens de arbeidssatisfactie te verhogen. Dit pleit ervoor om niet al te kleine arbeidscontracten per week af te sluiten. Waar de grens van het dienstverband ligt, is op grond van dit onderzoek niet te zeggen.

Tenslotte zijn er gegevens als gemiddelde leeftijd van de bewoners en gemiddelde leeftijd van de groepsleiding die directe invloed blijken te hebben op kwaliteit van zorg of arbeidssatisfactie. Bij het aannamebeleid van groepsleiding zou gestreefd kunnen worden naar een evenwichtige spreiding van oudere en jongere groepsleiders over de leefgroepen.

Wat is de betekenis van onze resultaten in het licht van actuele ontwikkelingen die ondermeer binnen de zorg voor verstandelijk

gehandicapten gaande zijn?

Vanuit verschillende kanten wordt gepleit voor meer op de individuele behoeften en mogelijkheden afgestemde zorgplanning voor mensen met een verstandelijke handicap (ouders, overheid, vakverenigingen van (Z-)verpleegkundigen en pedagogen of psychologen, koepelorganisaties van intramurale en semi-murale instellingen) (Barnard, 1992). Redenen om te werken met zorgplannen (ook individuele handelingsplannen genoemd) zijn gelegen in het garanderen van samenhang, continuïteit en flexibiliteit van de zorg, het mogelijk versterken van de positie en de inspraak van ouders en de mensen met een verstandelijke handicap zelf en de professionalisering van de eigen beroepsgroep (groepsleiding, Z-verpleegkundigen). Daarnaast kan met behulp van zorgplannen de kwaliteit van zorg worden bewaakt.

Coördinatie van zorg, te beschrijven in zorgplannen, voltrekt zich binnen de instelling op drie niveaus: het niveau van de individuele bewoners, het groeps- of afdelingsniveau en het instellingsniveau. Inmiddels is onderzoek gedaan naar de structuur van de zorgcoördinatie in de gehandicaptenzorg (Cox, 1994). Uit de studie blijkt dat in instellingen keuzes gemaakt worden over wie verantwoordelijk is voor de zorgcoördinatie. Deze keuzes lijken sterk bepaald door het tijdstip waarop de instelling gestart is met de coördinatie van de individuele zorgvragen. In instellingen waar al langere tijd geleden gekozen is voor zorgcoördinatie van de individuele zorgvragen ligt deze verantwoordelijkheid vooral bij psychologen/pedagogen, in samenwerking met groepshoofden. In instellingen waar sinds kort innovatieve processen in de richting van zorgcoördinatie voor individuele zorgvragen plaatsvinden, ligt de verantwoordelijkheid meer bij groepsleiding.

De vraag doet zich voor hoe de verantwoordelijkheden ten aanzien van de coördinatie verdeeld moeten zijn. Voor de coördinatie op individueel en groepsniveau zien wij een grote rol voor de groepsleiding weggelegd. Groepsleiding staat dicht bij de individuele bewoners en behartigt direct de zorg voor (groepen van) bewoners. Een centrale regie van bovenaf bij het plannen van de uitvoering van zorg op groeps- en individueel niveau zou voorbij kunnen gaan aan de wens dat zorgverlening bewonergericht moet zijn. Een zekere mate van zelfstandigheid voor de groepsleiding is gewenst en zelfs noodzakelijk om tegemoet te kunnen komen aan de individuele zorgvragen.

Instellingen voor de zorg van verstandelijk gehandicapten krijgen, evenals andere zorginstellingen, te maken met de *Kwaliteitswet zorginstellingen* (WVC, 1994). Deze wet houdt in dat zorgaanbieders verantwoorde zorg moeten aanbieden. Verantwoorde zorg is zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht verleend wordt. Voorwaarde is dat de zorgverlening zodanig georganiseerd is en voorzien van personeel met een zodanige verantwoordelijkheids-toedeling dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. De wet houdt bovendien een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg in. Werken met zorgplannen wordt gezien als een onderdeel van een systeem van kwaliteitsbewaking. Met het aannemen van de 'Kwaliteitswet zorginstellingen' moeten instellingen expliciet maken hoe zij de kwaliteit waarborgen, niet alleen op instellingsniveau maar ook op het individuele zorg(-/behandelings)niveau. De verplichting tot individuele zorg(-/behandel)plannen vormt een bijdrage aan de kwaliteitsborging. Met name voor de kwaliteitsbewaking op individueel niveau zien wij, zoals hierboven reeds gezegd, een rol weggelegd voor de groepsleiding. Voldoen aan een systematische, hanteerbare kwaliteitsbewaking voor iedere individuele bewoner zien wij niet tot stand komen indien deze centraal, op hoger niveau in de organisatie plaatsvindt, zeker niet als deze kwaliteitsbewaking continue moet zijn en moet uitmonden in acties ter verbetering van de zorg. Uit de resultaten van ons onderzoek blijkt dat de kwaliteit van de verpleegkundige zorg hoger is in leefgroepen waar de groepsleiding een grotere mate van verzelfstandiging heeft. Om zorgplannen adequaat toe te passen en onderdeel te laten zijn van de dagelijkse zorg ligt het niet voor de hand deze zorgplannen voor individuele bewoners centraal te beheren. Vaststellen van individuele zorgvragen en hieraan voldoen kan het best op decentraal niveau plaatsvinden. Groepsleiding kan het best inspringen op de zorg van alledag en zorgen voor de planning van de dagelijkse gang van zaken. In zorgplannen wordt behalve aan planning op korte termijn ook aan planning op de lange termijn aandacht besteed. In de planning van de langere termijn doelstellingen zien wij een belangrijke taak voor pedagogen of psychologen.

In het licht van de professionalisering van de groepsleiding is het methodisch werken een belangrijke stap. Middels het werken met methodieken van zorg en het vervolgens evalueren ervan onder

andere door bespreking van de zorgplannen, neemt de deskundigheid op het eigen vakgebied toe. Op termijn zal hiermee de zelfstandigheid van groepsleiding toenemen.

Gebleken is dat er grote verschillen zijn in de mate waarin groepsleiding tevreden is. De arbeidssatisfactie wordt deels beïnvloed door structurele gegevens van de leefgroepen, die wij eerder bespraken, maar ook in belangrijke mate door de mate van verzelfstandiging van de groepsleiding. De arbeidssatisfactie van groepsleiding is duidelijk hoger in leefgroepen waar de groepsleiding een hogere mate van verzelfstandiging heeft. Mogelijkerwijs ziet groepsleiding in deze leefgroepen haar positie gewaardeerd als een professionele positie.

De kwaliteit van zorg komt met het verruimen van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en taken in de richting van de groepsleiding niet in gevaar, neemt zelfs toe en de groepsleiding is meer tevreden met haar werk. We verwachten dat met een werkwijze waarin groepsleiding meer verantwoordelijkheden, meer bevoegdheden en een ruimere taakinhoud heeft, de instellingen op een adequate wijze kunnen voldoen aan de huidig geldende eisen van zorg-op-maat en zorgplannen voor de individuele bewoners en een belangrijk deel van de kwaliteitsborging.

- Abrahams-Van der Korst, K., *Woonvorm en begeleidingsstijl; onderzoek in een zwakzinnigeninrichting*. Lisse, Swets & Zeitlinger, 1983.
- Albinski, M., *Onderzoekstypen in de sociologie*. Assen, van Gorcum, 1981.
- Barnhard, M.C., Meerveld, J.H.C.M., Schoep, H.F., *Zorgplannen in intramurale instellingen voor geestelijk gehandicapten*. Utrecht, NZi, 191.723, 1991.
- Barnhard, M.C., Meerveld, J.H.C.M., *Handleiding Zorgplannen; methodisch werken in de zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Utrecht, NZi, 192.805, 1992.
- Bergen, B. van, Hollands, L., en Nijhuis, H., *De ontwikkeling van een kwaliteitsprofiel. Een methode voor het beoordelen van verpleegkundig handelen*. Lochem, De Tijdstroom, 1980.
- Bergh-Braam, A.H.M. van den, *Verplegingswetenschap in Nederlands perspectief*. Leiden, Spruyt, van Mantgem en de Does, 1986.
- Berting, J. en Sitter, L.U. De, *Arbeidssatisfactie*. Assen, van Gorcum, 1971.
- Boomsma, A., *On the robustness of Lisrel*. Proefschrift Groningen, 1984.
- Brink, C. van den, Geen gezicht. Overpeinzingen over zwakzinnigenzorg met betrekking tot de vragen betreffende klein- en grootschaligheid. In: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 1980, 1, 17-25.
- Brouwer, J.U., Spaan, J.M., *De intramurale zwakzinnigenzorg in cijfers*. NZi, 87.543, 1987.
- Calis, W., *Kwaliteit van zorg in woonvoorzieningen voor geestelijk gehandicapten*. Doctoraalscriptie Orthopedagogiek, Amsterdam, 1987.
- Casparie, A.F., Colsen, P.J.A., Stevens, P.G.J.J. (red.), *Handboek Kwaliteit van Zorg*. (VUGA). Utrecht, De Tijdstroom, 1992.
- Catshoek, W., Persoon, J.M.G., Peters, H.J.M., Genormaliseerde woonvoorzieningen voor zwakzinnigen: opzet en resultaten van een evaluatie-onderzoek. In: *Gezondheid en Samenleving*, 1983, 4, 89-98.
- Cox, J., Pool, J., *Structuur Zorgcoördinatie gehandicaptenzorg*. Utrecht, NZi, 194.963, 1994.

- Damen, P.C., *Organisatie en technologie*. Lochem, De Tijdstroom, 1972.
- Davis, L.E., Developments in job design. In: Warr, P. (ed.), *Personal goals and work design*. London, Wiley, 1976.
- Donabedian, A., *The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, Health Administration Press, 1982.
- Dijk, J.K. van, Ontwikkelingen van de arbeidsverhoudingen: een historische schets van de gezondheidszorg. In: Dijk J.K. van (red.), Grunveld, J.E. en Pool, J., *Personeelsmanagement in de gezondheidszorg*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- Eijnatten, F.M. van, *Naar een nieuw werkstrukturingsparadigma*, STTA. Proefschrift KU, Nijmegen, 1985.
- Eijsink, B.H., Silvis, H., *Personeelsintensivering en groepsgrootte begroot*. NZR, 290.150, 1990.
- Geelen, A., Kielema, J. *Autonomie van groepsleiding en kwaliteit van zorg*. Doctoraalscriptie KU, Nijmegen, 1988.
- Geelen, A., *Zelfstandig werken aan kwaliteit. Een onderzoek naar de effecten van Verzelfstandiging van leefgroepen in zwakzinnigeninstellingen op kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie*, Zutphen, MSO, 1991.
- Geelen, A., Duine A., Onderzoek in instellingen voor zwakzinnigenzorg: verzelfstandiging van groepsleiding heeft positieve invloed op arbeidssatisfactie. In: *Het Ziekenhuis*, 1992, nr. 4, p. 150-155.
- Geelen, A., Luesink, K., Valk, G. de, Verzelfstandiging van groepsleiding in zwakzinnigeninstellingen; een onderzoek naar effecten van verzelfstandiging van leefgroepen in zwakzinnigeninstellingen op kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie. In: *Nederlands tijdschrift voor zwakzinnigenzorg*, 1992, nr. 3, p. 128-148.
- Gemert, G.H. van, Noorda, W.K., *Leerboek zwakzinnigenzorg*. Assen-Maastricht, van Gorcum, 1988.
- Gennep, A. van, *Het recht van de zwakste. Nieuwe lijnen in de zwakzinnigenzorg*. Meppel, Boom, 1976.
- Gennep, A. van, Factoren die bijdragen tot de kwaliteit van zorg in de inrichting: een 'review of research'. In: *Ruit*, 1982 (dec.), 10-13.
- Gennep, A. van, *De zwaksten in de samenleving. Ontwikkelingen in de zwakzinnigenzorg*. Meppel, Boom, 1986.

- Gennep, A. van, *De kwaliteit van het bestaan van de zwaksten in de samenleving*. Meppel, Boom, 1989.
- Gennep, A.T.G. van, Quality of care in dutch residential facilities. In: *The British Journal of Mental Subnormality*, 1989, 35, deel 1, nr. 68.
- Giebing, H., *Kwaliteitstoetsing voor en door verpleegkundigen*. Leiden, Spruyt, van Mantgem en de Does, 1987.
- Grol, R.P.T.M., Everdingen, J.J.E. van, Casparie, A.F., *Invoering van richtlijnen en veranderingen: een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk*. Utrecht, De Tijdstroom, 1994.
- Gunzburg, H.C., Gunzburg, A.L., 39 stepsleading towards normalized living practices in living units for the mentally handicapped. *British Journal of Mental Subnormality*, 1973, 19, 91-99.
- Herzberg, F., Mausner, B., Snyderman, B.B., *The motivation to work*. New York, Wiley, 1959.
- Hollands, L., Bergen, B. van, 'Kwaliteitsmeting' nog gebrekkig van kwaliteit. *MGZ*, 1987, 11, 12-14.
- Hollands, L., Bergen, B. van, Degenaar, A.L., Smits, M.J., Veen, G. de, *Het meten van verpleegkwaliteit in de zwakzinnigenzorg*. Lochem, De Tijdstroom, 1990.
- Hoof, J.A.P. van, *Organisatiesociologie*, Interne publikatie KU, 1985.
- Horenberg, T., *Model verplegingsconvent*. Nieuwe Unie '91, 1992.
- Kapteyn, B., *Organisatietheorie voor non-profit*. Deventer, van Loghum Slaterus, 1989.
- King, R.D., Raynes, N.V., Tizard, J., *Patterns of residential care. Sociological studies in institutions for handicapped children*. London, Routledge & Kegan Paul, 1971.
- Lammers, J., Causale analyse, in M. Albinski (red.), *Onderzoekstypen in de sociologie*. Assen, van Gorcum, 1981.
- Landesman-Dwyer, S., Living in the community. *American Journal of Mental Deficiency*, 1981, 86, 223-234.
- MacEachron, A.E., Zober, M.A., Fein, J., Institutional reform, adaptive functioning of mentally retarded persons, and staff quality of work-life. *American Journal of Mental Deficiency*, 1985, 89, 379-388.
- May, A.E., Steps towards normalization: a revision of "39 steps". *British Journal of Mental Subnormality*, 1985, 61, 108-113.

- Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (WVC), *Kwaliteit van Zorg*. 's Gravenhage, WVC, 1991.
- Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (WVC), *Voorstel van Wet op de kwaliteit van zorginstellingen (Kwaliteitswet zorginstellingen)*. Rijswijk, WVC, 1994.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies Verpleegkundig Beroepsprofiel*, Zoetermeer, NRV, 1984.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering*. Zoetermeer, NRV, 1990a.
- Nationale ziekenhuisraad sectie zwakzinnigenzorg, *Landelijke registratie zorg- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap*, 1990, Utrecht, SIG, 1991.
- Peper, B. en Welters, L. (red.), *Spreiding van beleid. Over decentralisatie van welzijnsbeleid*. Meppel, Boom, 1980.
- Peters, H., Molders, R., *De ontwikkeling van leerling z-verpleegkundigen gedurende de opleiding. Een exploratief, longitudinaal onderzoek naar de arbeidsverwachting, de beleving en de arbeidssatisfactie van leerling-verplegenden in de zwakzinnigenzorg*. K.U., Sociale Geneeskunde, Nijmegen, 1980.
- Pratt, M.W., Luszcz, M.A., Brown, M.E., Measuring dimensions of the quality of care in small community residences. *American Journal of Mental Deficiency*, 1980, 85, 188-194.
- Projectgroep Welzijn bij de Arbeid (WEBA), *Functieverbetering en organisatie van de arbeid*. Voorburg, Directoraat-Generaal van de Arbeid en Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1989.
- Projectgroep Welzijn bij de Arbeid (WEBA), *Functieverbetering en organisatie van de arbeid (II)*. Voorburg, Directoraat-Generaal van de Arbeid en Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1990.
- Quaedvlieg, P., *Kwaliteit en kwaliteitsbewaking in de zwakzinnigenzorg. De ontwikkeling van een normatief kwaliteitsbegrip en de toetsing daarvan*. Doctoraalscriptie Orthopedagogiek, Amsterdam, 1981.
- Raynes, N.V., Pratt, M.W., Roses, S., Aides' involvement in decision-making and the quality of care in institutional settings. *American Journal of Mental Deficiency*, 1977, 81, 570-577.
- Raynes, N.V., Pratt, M.W., Roses, S., *Organizational structure and the care of the mentally retarded*. London, Croom-Helm, 1979.

- Roosenschoon, B.J., *Bestuurbare deconcentratie*. NZi, 86.483, 1986.
- Scheerenberger, R.C., *Deinstitutionalization and institutional reform*. Springfield, IL, Charles C Thomas, 1976.
- Schoep, H.F., *Eén maat voor de zorg. Een achtergrondstudie naar de omvang van zwakzinnigeninrichtingen*. Literatuuronderzoek, NZi, 88.559, 1988.
- Schoep, H.F., *Wegen naar Rome. Over de omvang van zwakzinnigeninrichtingen*. NZi, 89.634, 1989.
- Schout, G., Van navelstaren naar verder kijken (2), verantwoordelijkheid en carrière aan het bed. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 1992, 745-747.
- Seys, D.M., *Kwaliteit van zorg: zorg voor kwaliteit. Analyse en beïnvloeding van frequentie en kwaliteit van bewonersgerichte zorguitvoering door groepleid(st)ers in de residentiële zwakzinnigenzorg*. Proefschrift KU, Nijmegen, 1987.
- Sitter, L.U. de, *Op weg naar nieuwe fabrieken en kantoren*. Deventer, Kluwer, 1982.
- Sitter, L.U. de, *Het flexibele bedrijf: een integrale aanpak: flexibiliteit, beheersbaarheid, kwaliteit van arbeid, produktie, automatisering*. Groep Sociotechniek. Deventer, Kluwer, 1986.
- Siebesma, P., *Een blijvende zorg. Een kritische beschouwing over ontwikkelingen en visies binnen de hedendaagse zwakzinnigenzorg*. Lochem, De Tijdstroom, 1983.
- Snellen, I.Th.M., *Gezondheidszorg en management*. Alphen aan den Rijn, Samsom, 1981.
- Statistiek Personeelssterkte (1987-1991), inclusief ziekteverzuim en personeelsverloop Zwakzinnigeninrichtingen, NZi, 1987-1991.
- Thierry, H., Motivatie en satisfactie. In: Drenth P.J.D. (red.), Thierry, H., Wolff, Ch.J. de, *Nieuw handboek arbeids- en organisatiepsychologie*. Deventer, van Loghum Slaterus, 1988.
- Veld, J. in 't, *Analyse van organisatieproblemen. Een toepassing van denken in systemen en processen*. Amsterdam, Agon/Elsevier, 1983.
- Vroom, V.H., *Work and motivation*. New York-London-Sydney, Wiley, 1964.
- Weert, J.H.W. van, *Psychogeriatrische dagbehandeling buiten de muren van het verpleeghuis. Een longitudinaal experiment*. Nijmegen, ITS, 1991.

- Weisman, C.S., Alexander, C.S., Chase, G.A., Job satisfaction among hospital nurses: a longitudinal study. *Health Services Research*, 1981, 15, 341-364.
- Whatmore, R., Durward, L., Kushlick, A., Measuring the quality of residential care. *Behaviour, Research & Therapy*, 1975, 13, 227-236.
- Windt, W. van der, De arbeidsmarkt: ontwikkelingen en prognoses. In: Dijk J.K. van (red.), Grunveld, J.E. en Pool, J., *Personeelsmanagement in de gezondheidszorg*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- Zuthem, H.J. van, *Decentralisatie: moeilijkheden en mogelijkheden. Decentralisatie onder centrale voorwaarden*. Deventer, Kluwer, 1979.

SUMMARY

Research question and study design

The main question of this study is: will greater autonomy for direct-care staff in residential institutions for the mentally retarded have any effect on the quality of care for their residents and could these effects be mediated by the job satisfaction of their staff members?

The research question has resulted from current developments in residential institutions, particularly developments towards making the residential group the focal point in the organization. Thus, direct-care staff will be playing a key role in residential care provision. The accompanying organizational changes will often include a devolution of responsibilities and powers of decision to the residential groups as well as an extension of the tasks of direct-care staff. As a result, the autonomy of direct-care staff members will frequently increase.

Boards of governors and directors have expressed their doubts on the possibilities of maintaining adequate quality of residential care as a result of increasing the autonomy of direct-care staff. Questions they raised included: How far can one go in increasing the autonomy of direct-care staff in residential groups? Which job aspects may contribute to having care and guidance better adjusted to individual needs? And which do not? What type of decisions can be delegated to direct-care staff without getting poorer quality of care? Will this development towards greater autonomy for direct-care staff members have beneficial effects on the residents' individual needs, the institution's social climate and the quality of care? Does job satisfaction play an active role here? Would greater autonomy lead to increased satisfaction, resulting in better quality of care?

Studies in other countries (Raynes et al., 1979; King et al., 1971; MacEachron et al., 1985) have shown that decentralization is an important condition to achieve greater control, less specialization and less formal instructions. These appeared to be the very elements that contributed significantly to higher quality of care. Also, they proved to be important factors in determining the amount of job satisfaction (Berting and De Sitter, 1971).

Other developments related with decentralization processes are

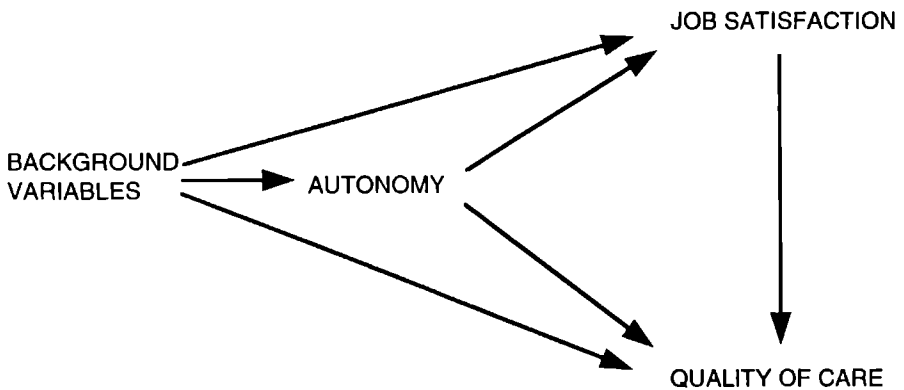
that direct-care staff members demand greater autonomy themselves and that the profession has a need for clarity in the specification of its actual tasks.

The present study has focused on the following question:
'Does increased autonomy for direct-care staff in residential institutions for the care of the mentally retarded result in higher quality care for the residents involved and is this effect, if any, the result of increased job satisfaction of direct-care staff?'

The conceptual model underlying this study is represented in Figure 1. Based on the literature, the model also includes several background variables. Thus, the research questions can be read as follows:

- does increased autonomy have any effect on the quality of care, either directly or indirectly, i.e. through job satisfaction?
- if so, is this effect predominantly achieved indirectly, e.g. through job satisfaction?

Figure 1



In addition to the main issues it was also expected to find some answers to several more specific questions. They referred to:

1. Greater autonomy, job satisfaction and quality of care.
 - What elements of autonomy specifically improve quality dimensions of care?
 - What elements of job satisfaction of direct-care staff specifically play a positive role in mediating between increased autonomy and quality of care?

2. Background variables.

- What are the background variables that affect the autonomy of direct-care staff, their job satisfaction and the quality of care?

3. Policy-making.

- In view of the results of this study, what suggestions can be made for future policy decisions?

Sample

A cross-sectional study design was applied to a total of 62 residential groups from eleven institutions. Their choice did not result from random selection, although a comparison with national data demonstrated that they did not show any significant differences on a number of important variables, including the distribution of degree of mental handicap. Therefore, it seems reasonable to assume that our data can be used to make generalizations for residential groups in the Netherlands as a whole.

Based on the data provided by the institutions 22 residential groups could be characterized as low-performance, containing predominantly non-ambulant residents; 22 residential groups showed medium performance and had predominantly ambulant residents; and 18 residential groups with predominantly ambulant residents showed high-level performance. Of the latter, twelve residential groups lived in semi-dependent houses at the borders of institutional grounds.

Data collection

For each residential group, interviews were conducted with two members of its direct-care staff (the head of staff and one of the nurses qualified for the care of the mentally retarded or an otherwise qualified direct-care staff member). In addition, relevant data from individual case histories were studied, daily procedures during meals were observed, and various data about the residents were collected. In each institution, members of general staff and management involved with the residential groups were interviewed as well.

Measuring key concepts

The autonomy of direct-care staff was examined by using both existing and - in part - newly developed questionnaires.

Autonomy was operationally defined as both having control capa-

city and powers of decision and carrying their related responsibilities for five elements in the organization and provision of care as well as two elements of staff planning. The seven autonomy elements are: Budget management, Guidance, Home furnishing, Household management, Staff management, Work pressure and Resident transfer. They could be categorized under two dimensions: autonomy in managing financial matters and autonomy in immaterial and organizational matters.

Job satisfaction was also measured by using an operational definition, focusing on how individual members of direct-care staff assessed four aspects of their work. They included: Organizing daily tasks, Influence and participation, Information, and Career and physical working conditions. The four elements can be classified under a single dimension, i.e. job satisfaction.

Quality of care was measured by examining seven quality aspects of care provision, which can be divided into two distinct categories:

1. Measuring professional nursing action based on the demands and standards applied to the nursing task definition by a panel of experts. The Delphi method was used to define the nurses' tasks (Hollands et al., 1990). The quality level of care was then assessed by examining whether the standards resulting from the task definition as agreed by the panel were fulfilled. Four dimensions of nursing were distinguished, derived from the recently developed 'Meetinstrument voor toetsing van Z-verpleegkundige zorgkwaliteit' (Measuring instrument to test the quality of nursing care for the mentally retarded; Hollands et al., 1990):
 - nurses define form and substance of their relationships with residents;
 - nurses define form and substance of the residents' social environment;
 - nurses make use of existing structures within residential groups in order to achieve optimum nursing quality;
 - nurses are accountable for coordinating the nursing activities for a residential group and/or individuals within that group.
2. Measuring the quality of conditions enhancing the residents' individual development:
 - contacts of residents with the outside world;
 - the presence of an encouraging environment;

- the availability of resident-oriented care.

The three latter dimensions were measured by using the Dutch versions (Van Gennep, 1989) of the Index of Community Involvement (Raynes et al., 1979), the Index of Physical Environment (Raynes et al., 1979) and the revised Resident Management Practice scale (King, Raynes and Tizard, 1971), respectively.

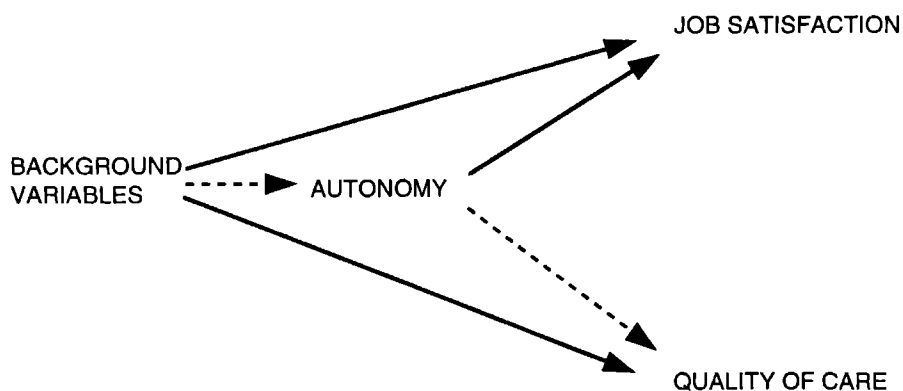
The analysis also included background data - e.g., size and performance level of residential group (including degree of being ambulant), age, sex, and educational level of direct-care staff - which might be expected to have some effect on the relations between autonomy, quality of care and job satisfaction.

Results

As represented in Figure 2, the main general results are:

- in residential groups where direct-care staff members have a great deal of autonomy the same staff members express high job satisfaction with significantly higher frequencies as compared with residential groups where they have little autonomy;
- residential groups where direct-care staff have a great deal of autonomy demonstrate higher quality levels of care, if only slightly, than residential groups with little autonomy;
- background variables appear to be strongly related with quality of care and job satisfaction, but only slightly with autonomy.

Figure 2



Residential groups with both high and low levels of **autonomy** can

be found. Generally, direct-care staff have a great deal of autonomy in how they provide care, nursing and guidance. Also, they are generally highly independent in defining their amount of work. However, they tend to have little autonomy in household and staff management. Their autonomy is highly institution-dependent.

Both the age of the group residents and the number of weekly working hours contribute to the amount of staff autonomy. In relatively young residential groups direct-care staff tend to have greater autonomy in how to provide guidance, how to manage the group household and how much work they will do. In residential groups where direct-care staff are employed for a greater number of weekly working hours they can take more decisions regarding residents' budgets, furnishing and staffing matters. Furthermore, as direct-care staff will have more autonomy in guiding residents, group household management and work pressure, they will also have greater autonomy in material matters.

Generally, residential groups obtained fairly high scores for **quality of care**. Exceptions included the quality of care regarding the coordination of nursing care and contacts with the outside world. As the structural need for care in residential groups will increase, the quality of care will diminish.

As for the quality of nursing care it can be said that when direct-care staff have more autonomy - both in managing the residents' budgets, in staffing policies and in furnishing - and if some kind of tutorship is available, nursing care quality will increase: staff members will provide the group's social environment with more form and substance, make more use of existing structures, and feel more responsible for the coordination of care.

Regarding the conditions enhancing the residents' individual development the major result is that residents will be treated in a more routine and group-oriented manner rather than on an individual basis if their residential group needs more care, is less ambulant and shows a lower level of performance. Also, although with less certainty, it can be said that older staff members generally tend to treat residents on a more individual basis; that younger residents are treated more frequently on an individual basis; and that the presence of some kind of tutorship in a residential group also implies that the residents of that group are treated on a more individual basis.

Staff members of residential groups vary widely in their scores for **job satisfaction**. Also, it is not exceptional for staff members to be satisfied with one dimension while feeling dissatisfied with another job dimension. The dimensions of Organizing daily tasks and Information show the more divergent scores. Taking all the residential groups together, staff members' greatest dissatisfaction is concerned with their getting insufficient information.

Job satisfaction is explained both by autonomy and background variables. A high degree of autonomy for direct-care staff in both material and immaterial matters results in greater job satisfaction. Furthermore, direct-care staff members are more content if they work with smaller residential groups, if their residential group needs only a small amount of care, if the group residents are relatively young, and if they work in a residential group where staff members have a high average number of weekly working hours. The background variables, particularly residents' average age and size of residential group, contribute more to staff members' job satisfaction than the autonomy dimensions.

Conclusions

The results show that autonomy has a positive, if only small, effect on quality of care and that this effect is not brought about through the staff members' job satisfaction. Thus, it can be concluded that the doubts raised by boards of governors and directors regarding the possibility of maintaining high quality of care while granting direct-care staff greater autonomy are not warranted. Increased autonomy even contributes to improved quality. In addition, it can be observed that effects on job satisfaction resulting from greater autonomy do not precede improved quality of care. However, greater autonomy does contribute to direct-care staff members being more satisfied with their jobs.

In short, if new developments are expected to be initiated by policy decisions, it can be recommended that policy-makers put aside their reticence and enlarge the responsibilities, powers and tasks of nursing staff. Quality of care will not be jeopardized; it will even improve - and staff members will be more satisfied with their work. If direct-care staff will be given more responsibilities, greater powers and broader task definitions, institutions for residential care can be expected to adequately meet current demands for custom-made care and programmes for individual residents.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Verzorgings- en verplegingsbehoefte (paragraaf 2.2)

Verzorgings- en verplegingsbehoefte

man/vrouw Geboortjaar:

Datum van invulling:

1	onzindelijk	ja	nee
2	kan lopen	ja	nee
3	kan zelf eten	ja	nee
4	veel hulp nodig bij kleden	ja	nee
5	hyperactief (zodat het extra werk met zich meebrengt)	ja	nee
6	destructief	ja	nee
7	storend gedrag 's nachts	ja	nee
8	brenkt zichzelf in gevaar	ja	nee
9	kan alleen gelaten worden op de leefgroep	ja	nee
10	in ernstige mate spastisch	ja	nee
11	blind/zeer slechtziend	ja	nee
12	epileptische toevallen	ja	nee
13	epileptische absences	ja	nee
14	kwijlt vrijwel voortdurend	ja	nee
15	knoeit veel bij het eten	ja	nee
16	kan meegenomen worden in openbaar vervoer	ja	nee
17	kan mee gecommuniceerd worden	ja	nee
18	passief (zodat het extra werk met zich meebrengt)	ja	nee
19	gebruikt medicijnen op voorschrift van arts	ja	nee
20	draagt bril	ja	nee
21	huidaandoening	ja	nee
22	extra tandverzorging nodig	ja	nee

BIJLAGE 2

Leefgroepgegevens bewoners (paragraaf 2.2)

code leefgroep	Bewoners- leeftijd (AV5)	Zeer intensieve zorg	Minder intensieve zorg	Regelmatige zorg	Verzorgings maat (AV4)
11	39.11	5.56	1.11	2.33	9.00
12	41.82	3.45	1.36	1.27	6.09
13	37.83	2.42	.75	1.27	4.64
14	29.36	7.60	3.80	2.82	13.67
15	41.75	.75	.17	.58	1.50
16	41.40	.47	.20	.80	1.47
21	33.17	2.25	.50	1.92	4.67
22	25.50	1.83	.17	.83	2.83
23	28.00	5.25	1.42	2.92	9.58
24	39.50	4.33	1.00	2.08	7.50
25	28.00	5.50	1.33	1.00	7.83
26	31.57	.71	.14	.71	1.57
31	37.44	5.00	2.44	2.44	9.89
32	34.70	5.00	1.10	1.90	8.00
33	55.36	3.91	1.55	1.91	7.36
34	35.17	1.92	.60	1.33	3.90
35	39.42	4.00	1.17	2.42	7.58
36	37.43	1.64	.21	1.29	3.14
41	20.56	7.33	2.92	1.94	12.33
42	29.20	3.30	.50	1.40	5.20
43	27.77	1.85	.23	2.69	4.77
44	25.67	.25	.08	1.33	1.67
45	26.09	6.27	3.45	3.00	12.73
46	35.00	.00	.25	1.50	1.57
51	39.70	4.50	3.30	1.70	9.50
52	37.17	2.91	1.00	2.36	6.36
53	27.18	4.40	.91	2.00	6.90
54	28.70	3.70	2.00	2.30	8.00
55	37.88	1.38	.13	1.29	2.86
56	28.30	5.40	3.20	2.20	10.80
61	44.58	4.42	1.83	2.00	8.25
62	52.58	3.18	1.67	1.83	6.73
63	49.69	1.33	.38	1.31	3.00
64	62.85	1.83	.46	2.00	4.25
65	30.50	.67	.08	1.83	2.58
66	36.25	1.00	.08	1.23	2.31

code leefgroep	Bewoners- leeftijd (AV5)	Ze er int ensie ve zorg	Minder int ensie ve zorg	Regelmatige zorg	Verzor- gings-maat (AV4)
71	46.15	3.08	1.38	.92	5.38
72	34.14	7.50	2.14	1.29	10.93
73					
74	50.69	.42	.15	.85	1.42
75	28.50	1.00	.50	.50	2.00
76					
81	30.13	.00	.14	.75	.86
82	33.11	4.11	1.11	1.22	6.44
83	30.73	2.36	1.09	1.73	5.18
84	22.56	6.10	2.50	2.50	11.10
85	26.75	4.38	2.38	3.13	9.88
91	31.67	.33	.25	.67	1.25
92	29.23	4.83	1.69	2.54	8.92
93	58.20	4.60	1.60	2.40	8.60
94	45.13	.00	.13	1.43	1.17
95	28.43	2.50	.50	1.64	4.64
96	36.00	5.88	3.00	2.25	11.13
101	15.86	.00	.00	.71	.71
102	64.15	.23	.15	1.38	1.77
103	74.11	2.00	.63	1.78	4.00
111	35.00	7.18	3.00	2.18	12.89
112	12.00	8.08	3.25	1.92	13.25
113	38.31	.46	.08	1.69	2.23
114	45.75	2.70	1.08	1.42	5.20
115	26.94	.31	.19	.88	1.38
116	39.47	.06	.13	.88	1.06

BIJLAGE 3

Leefgroepgegevens algemeen (paragraaf 2.2)

Code leefgroep	Leefgroep- grootte (AV1)	Leefgroep niveau (AV2)	Terrein- woning	Ambulan- tiegraad (AV3)	Mentor	Mentor- schap (AV7)
11	9	M	N	.96	2	2
12	11	L	N	1.00	0	0
13	12	M	N	1.00	0	0
14	11	L	N	.52	0	2
15	12	H	N	.97	2	4
16	15	H	J	1.00	0	0
21	12	M	N	.89	2	4
22	6	H	J	.89	2	4
23	12	L	N	.17	2	2
24	13	M	N	.69	2	4
25	12	L	N	.94	2	2
26	7	H	J	.90	2	2
31	10	L	N	.40		
32	10	M	N	1.00	0	0
33	11	M	N	.55	2	2
34	12	H	J	.92	2	4
35	12	L	N	.69	2	2
36	13	H	J	.97	2	2
41	16	L	N	.17	2	4
42	10	M	N	.90	0	0
43	13	M	N	1.00	2	4
44	12	H	N	1.00	0	0
45	11	L	N	.00	2	2
46	8	H	J	1.00	0	0
51	10	M	N	.50	2	4
52	12	M	N	.89	2	4
53	11	H	N	.88	2	4
54	10	L	N	.30	2	4
55	8	H	N	1.00	2	4
56	10	L	N	.07	2	4
61	12	L	N	.69	2	4
62	12	L	N	.92	2	4
63	13	M	N	.97	2	2
64	13	M	N	.97	2	4
65	12	H	N	1.00	2	4
66	13	H	J	1.00	2	4

Code leefgroep	Leefgroep- grootte (AV1)	Leefgroep niveau (AV2)	Terrein- woning	Ambulan- tiegraad (AV3)	Mentor	Mentor- schap (AV7)
71	13	M	N	1.00	2	4
72	14	L	N	.50	0	0
73	15	L	N	.		
74	13	H	J	1.00	0	0
75	14	H	J	1.00	2	4
76	13	M		.		
81	8	H	N	1.00	2	4
82	9	M	N	.81	0	0
83	11	M	N	.82	2	4
84	10	L	N	.27	0	0
85	8	L	N	.75	0	0
91	13	H	N	.97	2	4
92	12	L	N	.14	2	4
93	10	M	N	.80	2	4
94	8	M	J	1.00	2	2
95	14	H	N	.98	2	4
96	8	L	N	.08	2	4
101	7	H	N	.95	0	0
102	13	M	N	1.00	0	0
103	9	L	N	.78	0	0
111	12	L	N	.14	2	4
112	12	L	N	.00	1	1
113	13	M	N	1.00	0	0
114	12	M	N	.97	0	0
115	16	H	J	.98	2	2
116	16	H	J	1.00	2	4

BIJLAGE 4

Leefgroepgegevens groepsleiding (paragraaf 2.2)

Code leefgroep	Opleiding groepsleiding (AV8)	Leeftijd groepsleiding (AV10)	Dienstverband per week (AV11)	Percentage vrouwelijke groepsleiding (AV9)
11	2.50	26.58	77.95	83.3
12	2.50	31.00	76.25	60.0
13	2.80	28.78	79.17	70.0
14	2.83	25.50	80.63	92.3
15	3.13	30.33	90.42	62.5
16	3.00	30.50	88.33	83.3
21	2.20	30.70	61.00	100.0
22	2.40	25.80	72.00	100.0
23	2.40	25.56	74.60	100.0
24	2.75	27.38	73.33	100.0
25	2.29	24.00	75.94	85.7
26	2.80	27.60	76.00	100.0
32	2.13	25.88	80.00	100.0
33	2.30	25.20	85.00	100.0
34	2.29	29.29	78.43	100.0
35	2.63	25.89	75.75	100.0
36	2.00	26.38	84.29	100.0
41	2.08	24.38	75.33	100.0
42	2.44	25.56	86.67	66.7
43	2.71	29.38	67.70	100.0
44	2.71	28.71	71.43	57.1
45	2.30	25.20	72.50	90.9
46	2.83	32.17	65.83	66.7
51	2.50	26.60	69.44	90.0
52	3.00	24.57	91.67	71.4
53	2.44	28.75	77.22	62.5
54	2.75	25.38	77.50	87.5
55	3.00	27.50	78.00	66.7
56	2.75	26.25	78.75	62.5
61	2.40	29.33	62.50	88.9
62	2.25	31.50	64.44	87.5
63	2.57	35.17	89.58	50.0
64	2.33	48.20	90.00	60.0
65	2.67	31.33	77.92	66.7
66	3.29	30.50	81.67	66.7

Code leefgroep	Opleiding groepsleiding (AV8)	Leeftijd groepsleiding (AV10)	Dienstverband per week (AV11)	Percentage vrouwelijke groepsleiding (AV9)
71	2.67	24.36	86.00	81.8
72	2.29	27.60	71.33	86.7
74	2.67	44.33	86.25	50.0
75	2.57	31.43	78.57	71.4
81	3.00	27.25	76.00	75.0
82	1.88	23.38	70.75	87.5
83	2.50	25.50	83.33	83.3
84	2.25	25.75	75.00	87.5
85	2.25	25.14	74.29	100.0
91	2.70	28.40	75.00	50.0
92	2.40	26.71	75.00	100.0
93	2.63	27.75	75.00	75.0
94	2.60	31.00	72.00	80.0
95	2.25	25.50	73.33	75.0
96	2.10	26.11	70.56	100.0
101	3.10	31.30	47.79	90.0
102	3.25	38.20	85.00	40.0
103	2.13	31.63	86.88	75.0
111	1.92	27.00	74.58	83.3
112	2.23	28.75	85.42	91.7
113	2.00	30.40	85.00	80.0
114	2.75	26.75	76.88	62.5
115	2.29	36.86	85.00	57.1
116	2.71	33.57	85.00	57.1

Vragenlijst
VERZELFSTANDINGING
(paragraaf 3.1.1)

Nu volgt een aantal vragen met antwoordcategorieën.

Het gaat bij deze vragen met name over hoe beslissingen genomen worden en door wie.

Bij deze vragen is het van belang om in de gaten te houden dat met groepsleiding ook het groepshoofd bedoeld is.

Met hogere leiding en staf wordt iedereen bedoeld die hiërarchisch hoger zit dan het groepshoofd (groepsoudste, afdelingshoofd, enz.) en geen deel uitmaakt van de groep.

1. Wie beslist over het tijdstip waarop de bewoners naar bed gaan?
 - a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
2. Wie beslist over de wijze van wassen van de bewoners?
 - a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
3. Wie beslist over het aantal keren verschonen van de bewoners?
 - a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
4. Wie start de behandeling van kleine complicaties, zoals beginnende decubitus (doorliggen), kleine wondjes, kleine ongevallen?
 - a. Groepsleiding start de behandeling zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding start na overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf start na overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf start de behandeling zonder overleg. 0
5. Wie beslist over het verloop van de dag wanneer er minder personeel of minder bewoners aanwezig zijn op de leefgroep?
 - a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
6. Wie houdt de algemene dossiers (rapportage) bij van de bewoners?
 - a. Groepsleiding houdt de dossiers bij zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf houden de dossiers bij zonder overleg. 0
7. Wie bepaalt de leefgroepdoelstelling?
 - a. Groepsleiding bepaalt de leefgroepdoelstelling zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
8. Wie bepaalt het begeleidings/behandelplan van de bewoners?
 - a. Groepsleiding bepaalt het begeleidings/behandelplan zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0

9. Wie neemt contact op met de arts, ook als het geen spoedgeval betreft?
- Groepsleiding neemt contact op zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding na overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf na overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen contact op zonder overleg. 0
10. Wie neemt contact op met de pedagoog en of psycholoog?
- Groepsleiding neemt contact op zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding na overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf na overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen contact op zonder overleg. 0
11. Wie beslist over de opname van een nieuwe bewoner van buiten de instelling in de groep?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
12. Wie beslist over de noodzaak van een speciale begeleiding van een bewoner? (bijv. bij eet- of slaapproblemen)
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
13. Wie bepaalt dat een bewoner niet past in de leefgroep, zodat een procedure van overplaatsing gestart wordt?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
14. Wie bepaalt het dagprogramma van de leefgroep?
- Groepsleiding bepaalt het dagprogramma zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf bepalen het dagprogramma zonder overleg. 0
15. Wie bepaalt hoe sexualiteit van de bewoners begeleid wordt?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
16. Wie bepaalt of een bewoner deelneemt of gaat deelnemen aan een activiteit buiten de leefgroep?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0

17. Wie bepaalt de dagbesteding van de bewoners (werk, school, klasjes, leefgroep, etc)?
 - a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
18. Wie beslist over de deelname aan ontspanningsactiviteiten van de bewoners?
 - a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
19. Wie beslist over het maken van uitstapjes met de bewoners?
 - a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
20. Wie bepaalt de inrichting van de leefgroep, binnen de begroting?
 - a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
21. Wie beslist over de aanschaf van bijvoorbeeld een videorecorder of een lichtinstallatie voor de leefgroep?
 - a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
22. Wie kiest meubilair uit?
 - a. Groepsleiding kiest uit zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf kiezen uit zonder overleg. 0
23. Wie kiest gordijnen uit?
 - a. Groepsleiding kiest uit zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf kiezen uit zonder overleg. 0
24. Wie kiest aardewerk/serviesgoed uit?
 - a. Groepsleiding kiest uit zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf kiezen uit zonder overleg. 0

25. Waar worden spullen voor de aankleding van de ruimte voornamelijk van betrokken of gekocht?
- Magazijn van de instelling. 0
 - Centrale winkel. 1
 - Bepaalde winkels. 2
 - Winkels naar keuze. 3
26. Wie bepaalt de samenstelling van het menu voor de bewoners?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
27. Wie neemt contact op met de centrale keuken, indien van toepassing, om wijzigingen (geen dieetwijzigingen) door te geven?
- Groepsleiding neemt contact op zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen contact op zonder overleg. 0
28. Wie neemt contact op met de technische dienst, voor het doorgeven van een storing, als het geen spoedgeval betreft?
- Groepsleiding neemt contact op zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen contact op zonder overleg. 0
29. Wie bepaalt het tijdstip van het ontbijt op de leefgroep?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
30. Wie bepaalt het tijdstip van de warme maaltijd?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
31. Kan er door de groepsleiding incidenteel afgeweken worden van de vastgestelde etenstijden?
- Ja. 3
 - Onder bepaalde voorwaarden. 2
 - Eventueel na overleg met hogere leiding en/of staf. 1
 - Nee. 0
32. Wie bepaalt hoe vaak de leefgroep schoongemaakt wordt door de huishoudelijke of schoonmaakdienst?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0

33. Wie bepaalt het tijdstip dat er schoongemaakt wordt op de leefgroep door de huishoudelijke of schoonmaakdienst?
- a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
34. Wie bepaalt het tijdstip dat bijvoorbeeld de technische dienst werkzaamheden verricht op de leefgroep?
- a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
35. Heeft de groepsleiding materiaal om kleine mankementen op de leefgroep op te lossen (fettelijk)?
- a. Ja. 3
 - b. Nee. 0
36. Heeft de groepsleiding formeel de beschikking over materiaal om kleine mankementen op te lossen?
- a. Ja. 3
 - b. Na aanvraag. 2
 - c. Onder voorwaarden. 1
 - d. Nee. 0
37. Wie neemt contact op met het maatschappelijk werk bij problemen?
- a. Groepsleiding neemt contact op zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen contact op zonder overleg. 0
38. Wie neemt contact op met de ouders om veranderingen door te geven met betrekking tot de behandeling of de begeleiding van de bewoners?
- a. Groepsleiding neemt contact op zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen contact op zonder overleg. 0
39. Wie beslist of bewoners deelnemen aan activiteiten buiten de instelling?
- a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
40. Wie regelt de deelname van bewoners aan activiteiten buiten de instelling?
- a. Groepsleiding regelt zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf regelen zonder overleg. 0

41. Wie beslist over het al dan niet gebruik maken van het openbaar vervoer door de bewoners?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
42. Wie beslist over het al dan niet bezoeken van openbare gelegenheden met de bewoners (winkelen, optredens, voorstellingen, musea)?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
43. Wie beheert het kledingbudget van de bewoners, indien de ouders het niet beheren?
- Groepsleiding beheert het kledingbudget zonder voorwaarden. 3
 - Groepsleiding onder bepaalde voorwaarden 2
 - Groepsleiding en hogere leiding en/of staf 1
 - Hogere leiding en/of staf beheren het kledingbudget. 0
44. Wie beslist dat er nieuwe kleding voor de bewoners moet komen, behalve de ouders?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
45. Waar worden de kleren voor de bewoners van betrokken of gekocht, indien ze niet door de ouders gekocht worden?
- Magazijn van de instelling. 0
 - Een centrale winkel. 1
 - Een bepaalde winkel 2
 - Een winkel naar keuze. 3
46. Wie beheert het ontspanningsbudget van de bewoners, indien de ouders het niet beheren?
- Groepsleiding beheert het ontspanningsbudget zonder voorwaarden. 3
 - Groepsleiding onder bepaalde voorwaarden. 2
 - Groepsleiding en hogere leiding en/of staf 1
 - Hogere leiding en/of staf beheren het ontspanningsbudget. 0
47. Wie bepaalt waaraan het ontspanningsbudget voor de bewoners wordt uitgegeven?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
48. Wie koopt nieuw speelgoed/hobbymateriaal voor de bewoners, behalve eventueel de ouders?
- Groepsleiding koopt nieuw speelgoed/hobbymateriaal zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf kopen nieuw speelgoed/hobbymateriaal zonder overleg. 0

49. Waar komt nieuw speelgoed/hobbymateriaal voor de bewoners vandaan, indien het niet door de ouders gekocht wordt?
- Magazijn van de instelling. 0
 - Een centrale winkel. 1
 - Een bepaalde winkel. 2
 - Een winkel naar keuze. 3
50. Wie beheert het vakantiebudget van de bewoners, indien het niet beheerd wordt door de ouders?
- Groepsleiding beheert het vakantiebudget zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf beheren het vakantiebudget zonder overleg. 0
51. Wie bepaalt hoe het vakantiebudget besteed wordt?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
52. Wie beheert het budget voor de inrichting van de leefgroep?
- Groepsleiding beheert het budget voor de inrichting zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf beheren het budget voor de inrichting zonder overleg. 0
53. Wie bepaalt de aanschaffen voor de inrichting?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
54. Wie beoordeelt het functioneren van de gediplomeerde groepsleiding?
- Groepsleiding beoordeelt zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf beoordelen zonder overleg. 0
55. Wie bepaalt dat personeel overgeplaatst wordt?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
56. Wie beslist over het tijdelijk lenen of uitlenen van groepsleiding van de ene groep aan de andere?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0

57. Wie neemt nieuw gediplomeerd personeel op de leefgroep aan?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
58. Wie beslist over het ontslag van leden van de groepsleiding?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
59. Wie beslist over het inschakelen van vervanging bij ziekte van personeel?
- Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
60. Wie regelt de ziektevervanging?
- Groepsleiding regelt de vervanging zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf regelen de vervanging zonder overleg. 0
61. Wie bepaalt het werktempo op de leefgroep?
- Groepsleiding bepaalt het werktempo. 3
 - Groepsleiding bepaalt het werktempo binnen grenzen. 2
 - De situatie van de dag bepaalt het werktempo. 1
 - Hogere leiding en/of staf bepalen het werktempo. 0
62. Wie bepaalt de volgorde waarin de werkzaamheden op de leefgroep verricht worden?
- Groepsleiding bepaalt de volgorde. 3
 - Groepsleiding bepaalt de volgorde binnen grenzen. 2
 - De situatie van de dag bepaalt de volgorde. 1
 - Hogere leiding en/of staf bepalen de volgorde. 0
63. Wie bepaalt aantal taken per dag?
- Groepsleiding bepaalt het aantal taken. 3
 - Groepsleiding bepaalt het aantal taken binnen grenzen. 2
 - De situatie van de dag bepaalt het aantal taken. 1
 - Hogere leiding en/of staf bepalen het aantal taken. 0
64. Wie verdeelt het werk?
- Groepsleiding verdeelt het werk. 3
 - Groepsleiding verdeelt het werk binnen grenzen. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met de groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf verdelen het werk. 0
65. Wie stelt het dienstrooster vast?
- Groepsleiding stelt het dienstrooster vast zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - Hogere leiding en/of staf stellen het dienstrooster vast zonder overleg. 0

66. Wie bepaalt het tijdstip van de pauzes?
- a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
67. Wie bepaalt de vakantieperiodes van de groepsleiding?
- a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
68. Wie beslist over het al dan niet opnemen van vrije dagen?
- a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0
69. Wie stelt de diensttijden vast?
- a. Groepsleiding stelt de diensttijden vast zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf stellen de diensttijden vast zonder overleg. 0
70. Wie beslist over het beleggen van een extra overleg/vergadering ten aanzien van leefgroepaangelegenheden?
- a. Groepsleiding neemt de beslissing zonder overleg met hogere leiding en/of staf. 3
 - b. Groepsleiding in overleg met hogere leiding en/of staf. 2
 - c. Hogere leiding en/of staf in overleg met groepsleiding. 1
 - d. Hogere leiding en/of staf nemen de beslissing zonder overleg. 0

**Procentuele antwoordverdelingen
van uitspraken
VERZELFSTANDIGING
(paragraaf 3.1.1)**

- 0 = hogere leiding en/of staf beslist**
- 1 = hogere leiding en/of staf beslist na overleg**
- 2 = groepsleiding beslist na overleg**
- 3 = groepsleiding beslist**
- 4 = beslissing in gezamenlijk overleg**

Voor de vragen 25, 31, 35, 36, 45 en 49 geldt een afwijkende verklaring. Zie hiervoor bijlage 6.

Uitspraken met betrekking tot verzelfstandiging

	0	1	2	3	4	missing	N
1. Wie beslist over het tijdstip waarop de bewoners naar bed gaan?	0.8	2.5	6.6	90.1	-	0	121
2. Wie beslist over de wijze van wassen van de bewoners?	-	-	1.7	98.3	-	0	121
3. Wie beslist over het aantal keren verschonen van de bewoners?	-	-	4.1	93.4	-	2.5	121
4. Wie start de behandeling van kleine complicaties, zoals beginnende decubitus (doorliggen), kleine wondjes, kleine ongevallen?	-	5.0	19.8	75.2	-	0	121
5. Wie beslist over het verloop van de dag wanneer er minder personeel of minder bewoners aanwezig zijn op de leefgroep?	-	0.8	9.1	90.1	-	0	121
6. Wie houdt de algemene dossiers (rapportages) bij van de bewoners?	1.7	3.3	9.9	84.3	-	.8	121
7. Wie bepaalt de leefgroepdoelstelling?	-	9.1	57.0	30.6	3.3	0	121
8. Wie bepaalt het begeleidings/behandelplan van de bewoners?	-	9.1	72.7	11.6	6.6	0	121
9. Wie neemt contact op met de arts, ook als het geen spoedgeval betreft?	-	1.7	5.0	93.4	-	0	121
10. Wie neemt contact op met de pedagoog en of psycholoog?	-	4.1	6.6	89.3	-	0	121
11. Wie beslist over de opname van een nieuwe bewoner van buiten de instelling in de groep?	25.6	56.2	15.7	1.7	.8	0	121
12. Wie beslist over de noodzaak van een speciale begeleiding van een bewoner? (bijv. bij eet- of slaapproblemen)	-	10.7	61.2	25.6	2.5	0	121
13. Wie bepaalt dat een bewoner niet past in de leefgroep, zodat een procedure van overplaatsing gestart wordt?	0.8	22.3	52.9	22.3	0.8	0.8	121

14.	Wie bepaalt het dagprogramma van de leefgroep?	-	5.0	26.4	68.6	-	0	121
15	Wie bepaalt hoe seksualiteit van de bewoners begeleid wordt?	0.8	2.5	39.7	49.6	2.5	4.9	121
16	Wie bepaalt of een bewoner deelneemt of gaat deelnemen aan een activiteit buiten de leefgroep?	1.7	14.0	44.6	38.0	1.7	0	121
17.	Wie bepaalt de dagbesteding van de bewoners (werk, school, klasjes, leefgroep, etc)?	1.7	14.0	44.6	38.0	1.7	0	121
18.	Wie beslist over de deelname aan ontspanningsactiviteiten van de bewoners?	-	1.7	7.4	90.9	-	0	121
19	Wie beslist over het maken van uitstapjes met de bewoners?	-	1.7	8.3	90.1	-	0	121
20.	Wie bepaalt de inrichting van de leefgroep, binnen de begroting?	4.1	20.7	19.8	55.3	-	0	121
21	Wie beslist over de aanschaf van bijvoorbeeld een videorecorder of een lichtinstallatie voor de leefgroep?	17.4	26.4	24.8	30.6	-	0.8	121
22.	Wie kiest meubilair uit?	3.3	13.2	27.3	56.2	-	0	121
23.	Wie kiest gordijnen uit?	5.0	11.6	15.7	66.9	-	0.8	121
24.	Wie kiest aardewerk/serviesgoed uit?	46.3	1.7	3.3	48.8	-	0	121
25.	Waar worden spullen voor de aankleding van de ruimte voornamelijk van betrokken of gekocht?	0.8	0.8	8.3	88.4	-	1.7	121
26.	Wie bepaalt de samenstelling van het menu voor de bewoners?	90.9	4.1	0.8	3.3	0.8	0	121
27.	Wie neemt contact op met de centrale keuken, indien van toepassing, om wijzigingen (geen dieetwijzigingen) door te geven?	3.3	1.7	-	93.4	-	1.7	121
28.	Wie neemt contact op met de technische dienst, voor het doorgeven van een storing, als het geen spoedgeval betreft?	4.1	6.6	2.5	86.8	-	0	121

29.	Wie bepaalt het tijdstip van het ontbijt op de leefgroep?	-	4.1	95.9	-	0	121
30.	Wie bepaalt het tijdstip van de warme maaltijd?	52.9	11.6	28.1	0.8	0	121
31	Kan er door de groepsleiding incidenteel afgeweken worden van de vastgestelde etenstijden?	9.1	13.2	59.5	-	0	121
32.	Wie bepaalt hoe vaak de leefgroep schoongemaakt wordt door de huishoudelijke of schoonmaakdienst?	49.6	18.2	14.0	-	6.6	121
33.	Wie bepaalt het tijdstip dat er schoongemaakt wordt op de leefgroep door de huishoudelijke of schoonmaakdienst?	32.2	28.1	15.7	-	8.3	121
34.	Wie bepaalt het tijdstip dat bijvoorbeeld de technische dienst werkzaamheden verricht op de leefgroep?	69.4	17.4	5.8	-	0	121
35.	Heeft de groepsleiding materiaal om kleine mankementen op de leefgroep op te lossen (feitelijk)?	20.7	-	79.3	-	0	121
36.	Heeft de groepsleiding formeel de beschikking over materiaal om kleine mankementen op te lossen?	68.6	6.6	17.4	-	4.1	121
37.	Wie neemt contact op met het maatschappelijk werk bij problemen?	2.5	12.4	69.4	-	0	121
38.	Wie neemt contact op met de ouders om veranderingen door te geven met betrekking tot de behandeling of de begeleiding van de bewoners?	-	5.0	76.0	-	0	121
39.	Wie beslist of bewoners deelnemen aan activiteiten buiten de instelling?	0.8	2.5	64.5	-	8.2	121
40.	Wie regelt de deelname van bewoners aan activiteiten buiten de instelling?	5.0	5.0	69.4	-	13.2	121
41	Wie beslist over het al dan niet gebruik maken van het openbaar vervoer door de bewoners?	0.8	0.8	80.2	-	9.1	121

42.	Wie beslist over het al dan niet bezoeken van openbare gelegenheden met de bewoners (winkelen, optredens, voorstellingen, musea)?	-	-	4.1	95.9	-	0	121
43.	Wie beheert het kledingbudget van de bewoners, indien de ouders het niet beheren?	33.1	9.9	14.9	41.3	-	0.8	121
44.	Wie beslist dat er nieuwe kleding voor de bewoners moet komen, behalve de ouders?	0.8	0.8	5.0	93.4	-	0	121
45.	Waar worden de kleren voor de bewoners van betrokken of gekocht, indien ze niet door de ouders gekocht worden?	15.7	14.9	11.6	57.0	-	0.8	121
46.	Wie beheert het ontspanningsbudget van de bewoners, indien de ouders het niet beheren?	24.8	15.7	8.3	50.4	-	0.8	121
47.	Wie bepaalt waaraan het ontspanningsbudget voor de bewoners wordt uitgegeven?	10.7	5.0	9.9	72.7	0.8	0.8	121
48.	Wie koopt nieuw speelgoed/hobbymateriaal voor de bewoners, behalve eventueel de ouders?	0.8	1.7	3.3	94.2	-	0	121
49.	Waar komt nieuw speelgoed/hobbymateriaal voor de bewoners vandaan, indien het niet door de ouders gekocht wordt?	0.8	-	6.6	92.6	-	0	121
50.	Wie beheert het vakantiebudget van de bewoners, indien het niet beheerd wordt door de ouders?	22.3	9.1	12.4	54.5	-	1.6	121
51.	Wie bepaalt hoe het vakantiebudget besteed wordt?	0.8	3.3	9.9	85.1	-	0.8	121
52.	Wie beheert het budget voor de inrichting van de leefgroep?	66.1	20.7	5.8	6.6	-	0.8	121
53.	Wie bepaalt de aanschaffen voor de inrichting?	14.9	35.5	27.3	21.5	-	0.8	121
54.	Wie beoordeelt het functioneren van de gediplomeerde groepsleiding?	10.7	14.9	28.1	40.5	-	5.8	121
55.	Wie bepaalt dat personeel overgeplaatst wordt?	32.2	33.1	14.9	5.0	-	14.9	121

56. Wie beslist over het tijdelijk lenen of uitleenen van groepsleiding van de ene groep aan de andere?	24.8	31.4	20.7	18.2	-	5.0	121
57. Wie neemt nieuw gediplomeerd personeel op de leefgroep aan?	18.2	30.6	40.5	5.8	4.1	0.8	121
58. Wie beslist over het ontslag van leden van de groepsleiding?	36.4	34.7	19.0	-	-	9.9	121
59. Wie beslist over het inschakelen van vervanging bij ziekte van personeel?	37.2	30.6	19.8	11.6	-	0.8	121
60. Wie regelt de ziektevervanging?	55.4	16.5	17.4	9.9	-	0.8	121
61. Wie bepaalt het werktempo op de leefgroep?	0.8	49.6	24.8	24.8	-	0	121
62. Wie bepaalt de volgorde waarin de werkzaamheden op de leefgroep verricht worden?	-	19.8	29.8	50.4	-	0	121
63. Wie bepaalt aantal taken per dag?	0.8	21.5	24.0	52.9	-	0.8	121
64. Wie verdeelt het werk?	0.8	2.5	14.0	82.6	-	0	121
65. Wie stelt het dienstrooster vast?	6.6	5.8	8.3	78.5	0.8	0	121
66. Wie bepaalt het tijdstip van de pauzes?	8.3	4.1	11.6	62.8	-	13.2	121
67. Wie bepaalt de vakantieperiodes van de groepsleiding?	-	5.8	29.8	64.5	-	0	121
68. Wie beslist over het al dan niet opnemen van vrije dagen?	4.1	8.3	12.4	75.2	-	0	121
69. Wie stelt de diensttijden vast?	21.5	14.9	31.4	30.6	0.8	0.8	121
70. Wie beslist over het beleggen van een <u>extra</u> overleg/vergadering ten aanzien van leefgroepaangelegenheden?	-	7.4	38.8	52.9	0.8	0	121

BIJLAGE 7

schaalconstructie VERZELFSTANDIGING (paragraaf 3.1.2)

Schaalconstructie van verzelfstandiging

Op basis van de percentage verdelingen van de uitspraken zijn de items waarbij 75% of meer van de ondervraagden op één antwoordcategorie scoort uit de analyse gelaten. 26 items hebben een scheve verdeling met één categorie waarop meer dan 75% van de ondervraagden scoorden. Zij zijn verwijderd uit de analyse. Wat deze items betreft differentieert de mate van verzelfstandiging in geringe mate tussen de verschillende leefgroepen.

Van de theoretisch geconstrueerde schalen blijven na verwijdering van de scheef verdeelde items de volgende aantallen items over:

Terrein van verzelfstandiging	Aantal opgenomen items	oorspronkelijk aantal items
Totaal	44	70
Totaal ten aanzien van zorginhoud	30	53
Totaal ten aanzien van personeel	14	17
verzorging/verpleging	0	6
behandeling/begeleiding	7	9
dagbesteding/recreatie	2	4
materiele woonsituatie	5	6
huishoudelijke organisatie	6	11
maatschappelijke integratie	3	6
budgetbeheer	7	11
personeelbeleid	7	7
inhoud en verdeling van het werk	3	4
roostering en werktijden	4	6

Door toepassing van de principale componenten analyse is het aantal relevante factoren bepaald. De oblimin-rotatie maakte duidelijk dat de verschillende factoren redelijk onafhankelijk van elkaar zijn (correlaties tussen de factoren alle $< .30$). Items met een communaliteit lager dan $.40$ zijn niet opgenomen in de verdere analyse.

Door de varimax-rotatie apart toe te passen op de zorg-items en de personeel-items zijn 6 factoren tot stand gekomen.

Zorg levert met 19 items 4 factoren op met een verklaarde variantie van 53.9% met betrekking tot de zorg items.

De factorladingen voor de zorg-items zijn als volgt:

item	VZ1	VZ2	VZ3	VZ4
V46budon	.799			
V47uiton	.701			
V43budkl	.659			
V50budva	.654			
V45winkl	.580			
V15sexua		.718		
V16aktbl		.694		
V39aktbi		.694		
V17dagbe		.649		
V7doelst		.645		
V12specb		.530		
V22meubi			.830	
V23gordi			.758	
V24servi			.625	
V20inric			.563	
V32schoo				.853
V33tscho				.819
V30twarm				.619

De verklaarde variantie van de factoren is 53.9%.

De Cronbach's alfa is voor de 4 zorgfactoren .76, .66, .69 en .71. (resp. 5, 6, 4 en 3 items)

De personeel items vormden 2 factoren met een verklaarde variantie van 47.0%.

De factorladingen van de personeel-items zijn als volgt:

Item	VZ5	VZ6
V57aanne	.775	
V55perso	.751	
V56lenen	.732	
V58ontsl	.634	
V59inszi	.590	
V54oordf	.577	
V63taken		.775
V62volgo		.760
V61tempo		.572
V70verga		.451

De verklaarde variantie van de factoren is 47,0%.

Cronbach's alfa is voor de 2 personeelfactoren .56 en .53. (resp. 6 en 4 items)

Apart opgenomen wordt het item overplaatsing van een bewoner

(VZ7), vanwege het belangrijke karakter van dit item en omdat het niet onder te brengen is bij een andere faktor.

V13overp .518

Na het vaststellen van de factoren zijn per leefgroep de scores middels een likertschaal berekend door de scores op de items die de factor bepalen bij elkaar op te tellen en vervolgens te delen door het aantal items.

De tweede orde factoranalyse van de 7 factoren leverde 2 factoren op:

factor	Beheer van financiële zaken VZ8	Immateriele en organisatorische zaken VZ9
VZ5	.862	
VZ1	.809	
VZ3	.536	
VZ6		.784
VZ2		.674
VZ4		.621
VZ7		.584

Cronbach's alfa is voor de 2 tweede orde factoren .70 en .53.

BIJLAGE 8

scores op de factoren van
VERZELFSTANDIGING
(paragraaf 3.1.2)

code leef- groep	VZ1	VZ2	VZ3	VZ4	VZ5	VZ6	VZ7
11	5.6	5.07	2.33	3.00	3.60	4.25	4
12	5.8	4.57	5.00	3.33	2.90	4.25	4
13	5.6	5.83	4.25	3.33	2.70	6.00	6
14	5.8	5.33	3.50	2.33	3.77	4.00	2
15	6.0	6.00	5.25	6.00	5.33	4.50	6
16	6.0	5.67	3.50	2.33	3.83	5.50	6
21	3.0	5.17	4.00	1.33	2.87	3.75	3
22	2.8	5.33	4.50	.33	3.83	6.00	6
23	3.0	5.07	3.75	.00	3.00	3.75	3
24	3.6	5.33	3.75	1.67	3.17	3.17	6
25	2.8	5.67	3.50	2.33	2.33	5.00	5
26	.8	5.83	5.75	1.83	2.50	4.75	5
31	4.8	4.00	4.50	.67	1.00	3.50	4
32	3.0	3.25	2.75	2.67	1.63	2.50	3
33	3.8	4.50	2.00	1.00	1.33	3.25	3
34	3.4	3.50	2.25	1.00	1.67	3.25	3
35	5.0	4.67	3.25	3.67	2.00	4.00	3
36	4.8	4.67	5.25	.67	1.83	5.25	4
41	2.6	4.90	5.50	1.67	3.80	3.75	5
42	4.0	3.92	6.00	1.67	3.67	4.50	5
43	5.8	4.00	5.25	.33	3.33	4.75	4
44	6.0	4.67	6.00	.00	2.00	5.00	4
45	4.2	4.58	5.25	.33	2.80	4.75	4
46	6.0	4.33	5.25	.00	2.77	4.75	4
51	2.6	5.50	5.25	1.33	2.40	5.00	4
52	3.6	4.83	6.00	2.67	1.83	4.00	4
53	4.4	4.33	5.75	3.00	2.00	4.25	3
54	4.6	3.80	4.50	1.33	2.50	4.50	5
55	3.6	5.33	4.50	6.00	2.00	4.25	4
56	3.8	3.83	5.00	1.33	2.83	4.00	3
61	3.2	4.83	5.25	3.00	3.47	5.00	4
62	4.0	5.43	3.00	2.00	2.90	4.75	3
63	4.4	4.67	3.00	1.67	1.63	5.25	4
64	4.0	4.33	3.00	.00	2.60	5.00	4
65	2.8	5.33	3.50	.67	1.17	3.88	3
66	6.0	4.50	4.25	2.00	2.17	3.50	4

code leef- groep	VZ1	VZ2	VZ3	VZ4	VZ5	VZ6	VZ7
71	3.6	4.83	3.00	.33	2.33	3.25	3
72	4.0	4.17	4.50	1.67	2.93	3.50	4
73	6.0	4.00	3.50	2.00	3.00	3.50	2
74	3.8	5.83	6.00	5.00	1.67	6.00	6
75	5.0	4.67	6.00	2.33	1.83	6.00	5
76	6.0	4.00	4.50	.67	3.00	4.00	4
81	4.4	3.92	6.00	1.67	1.90	4.25	4
82	5.2	4.83	5.00	3.00	3.00	5.00	5
83	5.4	4.67	5.25	1.67	3.60	4.00	5
84	4.4	4.33	5.25	3.00	2.67	4.25	4
85	5.2	5.50	6.00	2.67	2.13	5.25	4
91	6.0	4.50	5.75	2.33	3.00	5.00	4
92	5.4	4.33	4.25	1.67	4.33	4.25	5
93	5.2	5.00	5.25	1.33	4.67	3.00	4
94	6.0	5.50	6.00	5.00	4.90	4.25	4
95	6.0	5.50	5.00	.33	3.47	4.50	5
96	5.8	5.10	4.50	1.00	4.67	4.75	4
101	1.2	.58	1.75	.67	1.50	3.25	2
102	.6	4.33	.50	.00	.90	3.75	3
103	.2	3.33	.50	1.00	1.00	4.00	2
111	1.8	4.83	4.75	3.67	.25	5.50	4
112	2.0	4.80	2.00	6.00	.80	4.25	2
113	3.7	3.58	4.00	5.00	.67	5.25	4
114	2.0	3.83	4.50	4.67	1.07	5.00	3
115	2.0	4.67	3.50	5.00	1.00	4.75	3
116	1.3	5.25	4.50	4.67	.20	4.00	2

BIJLAGE 9

vragenlijsten KWALITEIT VAN ZORG (paragraaf 3.2)

a. REVISED CHILD MANAGEMENT SCALE

0 = instituutsgericht

1 = middenpositie

2 = bewonersgericht

AB alleen voor ambulante bewoners in de originele vragenlijst.

- | | | |
|------|--|---|
| 1.AB | Staan de bewoners in het weekend op dezelfde tijd op als door de week? | |
| a. | Ze staan op dezelfde tijd op als door de week. | 0 |
| b. | Sommigen staan op andere tijden op, of ze staan allemaal op één dag in het weekend op verschillende tijden op. | 1 |
| c. | Ze staan allemaal op twee dagen in het weekend op verschillende tijdstippen op. | 2 |
| 2.AB | Gaan de bewoners in het weekend op dezelfde tijd naar bed als door de week? | |
| a. | Ze gaan op dezelfde tijd naar bed als door de week. | 0 |
| b. | Ze gaan allemaal op twee dagen in het weekend op verschillende tijdstippen naar bed. | 2 |
| c. | Sommigen gaan op andere tijdstippen naar bed, of ze gaan allemaal op één dag in het weekend op verschillende tijdstippen naar bed. | 1 |
| 3.AB | Gebruiken de bewoners, behalve als het slecht weer is, de tuin op vastgestelde tijden? | |
| a. | Nee. | 2 |
| b. | Onder bepaalde voorwaarden. | 1 |
| c. | Ja, op vastgestelde tijden. | 0 |
| 4.AB | Gebruiken de bewoners de slaapkamers op vastgestelde tijden? | |
| a. | Nee. | 2 |
| b. | Onder bepaalde voorwaarden. | 1 |
| c. | Ja, op vastgestelde tijden. | 0 |
| 5. | Zijn er vastgestelde tijden, dat bezoekers op de afdeling mogen komen? | |
| a. | Ze mogen altijd komen, behalve op bepaalde vastgestelde tijden. | 2 |
| b. | Ze mogen elke dag komen op vastgestelde tijden. | 1 |
| c. | Ze mogen alleen op bepaalde dagen komen. | 0 |
| 6. | Hoeveel bewoners worden 's nachts gewoonlijk verschoond of naar het toilet gebracht? | |
| a. | Geen/sommigen alleen af en toe. | 2 |
| b. | Allemaal één of meerdere keren. | 0 |
| c. | Sommigen meer dan één keer. | 1 |
| 7.AB | Nadat de bewoners aangekleed zijn, wachten ze dan zonder iets te doen tot de anderen klaar zijn? | |
| a. | Sommigen wachten en doen niets. | 1 |
| b. | Nee, ze doen iets of worden bezig gehouden. | 2 |
| c. | Ze wachten allemaal zonder iets te doen. | 0 |

8.AB	Wachten de bewoners als groep voordat ze gaan baden?	
a.	Niemand wacht, ze doen allemaal iets ergens anders of worden elders bezig gehouden.	2
b.	Sommigen wachten en sommigen doen iets ergens anders.	1
c.	Ze wachten allemaal.	0
9.AB	Wachten de bewoners als groep nadat ze in bad zijn geweest?	
a.	Ze wachten allemaal.	0
b.	Niemand wacht, ze verlaten de badkamer individueel.	2
c.	Sommigen wachten, sommigen verlaten de badkamer individueel.	1
10.AB	Hoe komen de bewoners terug van het toilet?	
a.	Allemaal tegelijk.	0
b.	Individueel.	2
c.	Sommigen in groepjes, sommigen individueel.	1
11.AB	Hoe lang zitten de bewoners aan tafel voordat het eten wordt opgediend?	
a.	Minder dan vijf minuten.	2
b.	Zes tot tien minuten.	1
c.	Meer dan tien minuten.	0
12.AB	Hoe lang zitten de bewoners aan tafel na afloop van de maaltijd voordat de volgende activiteit begint?	
a.	Minder dan zeven minuten.	2
b.	Zeven tot veertien minuten.	1
c.	Vijftien minuten of langer.	0
13.AB	Hoe zijn de bewoners "georganiseerd" als ze gaan wandelen?	
a.	Enkelen tegelijk.	2
b.	Allemaal tegelijk, in één groep.	0
c.	Allemaal tegelijk, in afzonderlijke groepjes.	1
14.	Wat wordt gedaan met de persoonlijke kleren van de bewoners?	
a.	In het bezit van en gedragen door de bewoners.	2
b.	Slechts gedragen bij speciale gelegenheden door de bewoners.	1
c.	Niet gebruikt of niet toegestaan eigen kleding te hebben.	0
15.	Wat gebeurt er met het persoonlijk speelgoed van de bewoners?	
a.	Het wordt niet gebruikt of wordt niet toegestaan.	0
b.	Het is in het bezit van en wordt gebruikt door de bewoner zelf.	2
c.	Wordt voor een tijdje gehouden, maar wordt na verloop van tijd algemeen bezit.	1
16.	Hoeveel bewoners bezitten alle volgende kleren: shirt of bloes, broek of rok, jurk of pak, trui, overjas, schoenen, peignoir/kamerjas, slippers?	
..... bewoners = %		
a.	67-100%.	2
b.	34-66%.	1
c.	0-33%	0
17.	Waar hebben de bewoners hun dagelijkse kleding?	
a.	In eigen bezit, in privé-kasten.	2
b.	In kasten die met meerdere bewoners worden gedeeld.	1
c.	In kasten die voor alle bewoners bestemd zijn (garderoberuimte).	0
18	Hoeveel bewoners hebben speelgoed, hobbymateriaal of boeken van zichzelf?	
..... bewoners = %		
a.	0-33%	0
b.	34-66%	1
c.	67-100%	2

19. Hebben de bewoners platen, foto's, posters en dergelijke op hun kamers?
 a. Ja, in alle kamers. 2
 b. In sommige kamers. 1
 c. Nee. 0
20. Hoe worden de verjaardagen van de bewoners gevierd?
 a. Ze krijgen een individueel cadeau en feest 2
 b. Ze krijgen een cadeau of feest 1
 c. Ze krijgen een gezamenlijk feest of er wordt niets gedaan. 0
21. Hoe wordt de tafel gedekt bij de maaltijden?
 a. De tafel wordt niet gedekt, voedsel en lepel worden door de leiding gegeven. 0
 b. De tafel wordt gedekt voor sommige bewoners. 1
 c. De tafel wordt gedekt voor alle bewoners. 2
- 22.AB Hebben de bewoners toegang tot de afdelingskeuken?
 a. Onder bepaalde voorwaarden. 1
 b. Ja, zonder beperkingen. 2
 c. Nee, ze hebben geen toegang 0
- 23.AB Hebben de bewoners toegang tot andere ruimtes op het paviljoen?
 a. Tot sommige ruimtes. 1
 b. Nee, de deuren zitten op slot. 0
 c. Ja, zonder beperkingen. 2
24. Hoe begeleidt de groepsleiding de bewoners bij het baden?
 a. Bij het baden van de bewoners zijn meerdere groepsleiders betrokken. 0
 b. Eén groepsleider begeleidt één bewoner. 2
 c. Anders. 1
25. Eet de dienstdoende groepsleiding mee met de bewoners?
 a. Sommige groepsleiders eten mee, of de groepsleiding zit aan tafel en eet niet mee. 1
 b. Alle groepsleid(st)ers eten mee. 2
 c. De groepsleiding zit niet aan tafel, dient op en houdt toezicht. 0
26. Kijkt de groepsleiding samen met de bewoners televisie?
 a. Meestal kijkt een groepsleider mee 2
 b. Nu en dan houdt de groepsleiding toezicht en kijkt niet mee. 0
 c. Soms kijkt een groepsleider mee. 1
- 27.AB Hoeveel bewoners hebben de laatste drie maanden met de groepsleiding een uitstapje gemaakt? (exclusief vakantie)
 bewoners = %
 a. 0-33%. 0
 b. 34-66%. 1
 c. 67-100%. 2

b. Index of Physical Environment

Aantal bewoners in deze leefgroep?

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Het aantal badkamers op de leefgroep. |ratio..... |
| 2. Het aantal badkamers met spiegels. |% van badkamers |
| 3. Het aantal douches op de leefgroep. |ratio..... |
| 4. Het aantal afgescheiden douches met deuren. |% van douches. |
| 5. Het aantal spiegels op de leefgroep. |ratio..... |
| 6. Het aantal wasbakken op de leefgroep. |ratio..... |
| 7. Het aantal toiletten op de leefgroep. |% van toiletten |
| 8. Het aantal gescheiden toiletten op de leefgroep. |% van toiletten |
| 9. Het aantal toiletten met een deur op de leefgroep. |% van toiletten |
| 10. Het aantal bewoners met bedsprei of dekbed en dergelijke. |% van bewoners |
| 11. Het aantal bewoners met sleutels. |% van bewoners |
| 12. Het aantal bewoners met eigen w.c. |% van bewoners |
| 13. Het aantal slaapkamers op de leefgroep. |ratio..... |
| 14. Het aantal slaapkamers met posters. |% van slaapkamers |
| 15. Het aantal slaapkamers met gordijnen en/of zonwering. |% van slaapkamers |
| 16. Het aantal slaapkamers met spiegels. |% van slaapkamers |
| 17. Het aantal T V.'s en radio's op de leefgroep. |ratio..... |
| 18. Het aantal leunstoelen en zitbanken. |ratio..... |
| 19. Het aantal bijzettafeltjes en dergelijke. |ratio..... |
| 20. Het aantal kasten in de leefruimte. |ratio..... |
| 21. Het aantal kasten met open speelgoed/boekenafdeling. |% van boekenkasten |
| 22. Het aantal huiskamers/dagzalen voor de groep. |ratio..... |
| 23. Het aantal huiskamers/dagzalen met gordijnen en/of zonwering. |% van huiskamers |
| 24. Het aantal huiskamers/dagzalen met prullebakken. |% van huiskamers |

c. Index of Community Involvement

Aantal bewoners in deze leefgroep?

1. Hoeveel bewoners gingen afgelopen maand winkelen buiten het terrein?
2. Hoeveel bewoners gingen de afgelopen maand naar de bioscoop, pretpark, dierentuin?
3. Hoeveel bewoners gingen de afgelopen maand naar een museum, circus, concert?
4. Hoeveel bewoners maakten de afgelopen maand gebruik van het openbaar vervoer?
5. Hoeveel bewoners gingen de afgelopen maand naar een restaurant of cafetaria?
6. Hoeveel bewoners gingen de afgelopen maand ergens anders dan bij hun ouders op bezoek?
7. Hoeveel bewoners maakten de afgelopen maand een ritje met de auto of busje?
8. Hoeveel bewoners bezochten de afgelopen maand een kerkdienst, buiten het terrein?
9. Hoeveel bewoners bleven tijdens een bezoek thuis of elders slapen, in de afgelopen maand?
10. Hoeveel bewoners gingen in de afgelopen maand naar de kapper buiten het terrein?
11. Hoeveel bewoners gingen de afgelopen maand naar een arts of tandarts buiten het terrein?
12. Hoeveel bewoners gingen in het afgelopen jaar met hun familie op vakantie?
13. Hoeveel bewoners gingen in het afgelopen jaar met hun leefgroep op vakantie?

VERKORTE VERSIE 1

INDIVIDUELE BEWONER

Administratie voor de maaltijd

1. De verpleegkundige biedt de bewoner mogelijkheden tot relatie-opbouw.
* Ga in de administratie na welke communicatiemogelijkheden de bewoner heeft (zoals lichaamstaal, spreken).
Noteer antwoord bij vraag 2.

Observatie

2. De verpleegkundige biedt de bewoner de mogelijkheid tot relatie-opbouw
* observeer vervolgens of de verpleegkundige tijdens de maaltijd gebruik maakt van deze communicatiemogelijkheden van de bewoner
- ja, de verpleegkundige maakt gebruik van de communicatiemogelijkheden van de bewoner (2)
 - nee, de verpleegkundige maakt geen gebruik van de communicatiemogelijkheden van de bewoner (0)
3. De verpleegkundige draagt zorg voor de privacy van de bewoner.
* Observeer of de bewoner tijdens diens toiletbezoek of verschonen wordt afgeschermd door middel van een gesloten deur of een scherm.
- Indien niet geobserveerd,
- niet van toepassing (-)
- Indien geobserveerd,
- ja (2)
- nee (0)

Administratie

4. De verpleegkundige legt de ten behoeve van de individuele bewoner verzamelde gegevens schriftelijk vast.
* Beantwoord met behulp van de administratie de volgende vragen:
1. Welke lichamelijke afwijkingen en allergien heeft de bewoner?
 2. Welke bezittingen van materiele en emotionele waarde heeft de bewoner?
- indien u de twee vragen kunt beantwoorden (2)
 - indien u de twee vragen niet kunt beantwoorden (0)
- Noteer antwoord tevens bij vraag 19.
5. De verpleegkundige kiest handelingen, teneinde de verpleegdoelen van de individuele bewoner te realiseren.
* Beantwoord met behulp van de administratie de volgende vragen:
1. Op welk gedrag van de bewoner richt de verpleegkundige speciaal haar/zijn aandacht?
 2. Welke gedragsbeïnvloedende methoden hanteert de verpleegkundige ten behoeve van bewoner?
- indien u de twee vragen kunt beantwoorden (2)
 - indien u de twee vragen niet kunt beantwoorden (0)
- Noteer antwoord tevens bij vraag 20.

6. De verpleegkundige draagt zorg voor de uitscheiding van de van de bewoner
* Ga in de administratie na of er een defaecatielijst voor de bewoner wordt bijgehouden.
Zo nee,
- niet van toepassing (-)
Zo ja,
ga vervolgens in de administratie na of het ontlastings-patroon van de bewoner de afgelopen week elke dag is bijgehouden.
- ja, elke dag (2)
- nee, niet elke dag (0)
7. De verpleegkundige verricht instrumenteel-technische vaardigheden ten behoeve van de bewoner
* Ga in de administratie na of de bewoner medicatie krijgt.
Zo nee,
- niet van toepassing (-)
Zo ja,
ga vervolgens in de administratie na of aan de volgende aspecten wordt voldaan:
- de bewoner heeft een eigen medicatielijst,
- op de medicatielijst staat de naam van het medicament, de dosering en het tijdstip van toediening;
- de niet meer voorgeschreven medicatie is zeer duidelijk doorgestreept of van de lijst afgehaald.
- indien aan de drie aspecten is voldaan (2)
- indien niet aan de drie aspecten is voldaan (0)
8. De verpleegkundige formuleert de verpleegkundige diagnose ten behoeve van de individuele bewoner
* Ga in de administratie na of verpleegproblemen van de bewoner zijn geformuleerd.
- ja (2)
- nee (0)
9. De verpleegkundige stelt prioriteiten vast ten behoeve van de individuele bewoner.
* Ga in de administratie na of de verpleegproblemen van de bewoner zijn onderscheiden naar problemen met een hoge en een lage prioriteit.
- ja (2)
- nee (0)
10. De verpleegkundige formuleert verpleegdoelen ten behoeve van de individuele bewoner.
* Ga in de administratie na of de verpleegdoelen voor de bewoner zijn geformuleerd.
- ja (2)
- nee (0)
11. De verpleegkundige formuleert verpleegdoelen ten behoeve van de individuele bewoner.
* Ga in de administratie na of de verpleegdoelen naar korte en lange termijn doelen zijn geordend.
- ja (2)
- nee (0)

12. De verpleegkundige rapporteert dagelijks ten behoeve van de individuele bewoner.
 - * Ga in de administratie na of de afgelopen twee dagen per dienst over de bewoner is gerapporteerd.
 Als er geen bijzonderheden waren moet dit ook zijn gerapporteerd.
 Indien de bewoner de afgelopen twee dagen niet aanwezig is geweest,
 - niet van toepassing (-)
 Indien de bewoner de afgelopen twee dagen aanwezig is geweest
 - indien per dienst gerapporteerd (2)
 - indien niet per dienst gerapporteerd (0)
13. De verpleegkundige rapporteert schriftelijk en mondeling ten behoeve van de individuele bewoner.
 - * Ga in de administratie na of u hetgeen de laatste drie keer over de bewoner is gerapporteerd, kunt lezen en begrijpen.
 - indien duidelijk gerapporteerd (2)
 Indien onduidelijk gerapporteerd,
 Noteer antwoord bij vraag 27.
14. De verpleegkundige toont betrokkenheid.
 - * Ga in de administratie na of de afgelopen week aandachtspunten zijn opgenomen betreffende de beleavingswereld, zoals emoties, van de bewoner.
 - drie of meerdere malen per week (2)
 - minder dan driemaal per week (0)
15. De verpleegkundige stemt het individuele dagprogramma af op het tijdschema van de leefgroep.
 - * Ga in de administratie na of de bewoner geplande individuele activiteiten heeft tijdens de maaltijden.
 - geen geplande individuele activiteiten tijdens maaltijden (2)
 - wel geplande individuele activiteiten tijdens maaltijden (0)

Interview

16. De verpleegkundige ziet erop toe dat de bewoner voldoende rust en slaapt.
 - * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Kunt u noemen hoe laat de bewoner naar bed gaat?"
 - indien de verpleegkundige weet hoe laat de bewoner naar bed gaat (2)
 - indien de verpleegkundige niet weet hoe laat de bewoner naar bed gaat (0)
17. De verpleegkundige biedt de bewoner mogelijkheden tot relatie-opbouw.
 - * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Kunt u noemen met welke bewoner(s) de bewoner vriendschappelijke banden heeft?"
 - indien de verpleegkundige kan noemen met welke bewoner(s) de bewoner vriendschappelijke banden heeft (2)
 - indien de verpleegkundige niet kan noemen met welke bewoner(s) de bewoner vriendschappelijke banden heeft (0)
18. De verpleegkundige heeft aandacht voor feestdagen, verjaardagen en vakanties
 - * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Gaat de bewoner eenmaal per jaar op vakantie of maakt de bewoner tweemaal per jaar een uitstapje?"
 - ja (2)
 - nee (0)

19. De verpleegkundige legt de ten behoeve van de individuele bewoner verzamelde gegevens schriftelijk vast.
- * Vraag vervolgens aan de verpleegkundige:
 1. "Welke lichamelijke afwijkingen en allergieën heeft de bewoner?"
 2. "Welke bezittingen van materiele en emotionele waarde heeft de bewoner?"
 - indien de administratie overeenkomt met het antwoord van de verpleegkundige (2)
 - indien de administratie niet overeenkomt met het antwoord van de verpleegkundige (0)
20. De verpleegkundige kiest handelingen, teneinde de verpleegdoelen van de individuele bewoner te realiseren.
- * Vraag vervolgens aan de verpleegkundige:
 1. "Op welk gedrag van de bewoner richt u speciaal uw aandacht?"
 2. "Welke gedragsbeïnvloedende methoden hanteert u ten behoeve van de bewoner?"
 - indien de administratie overeenkomt met het antwoord van de verpleegkundige (2)
 - indien de administratie niet overeenkomt met het antwoord van de verpleegkundige (0)
21. De verpleegkundige draagt zorg voor de bevordering en/of instandhouding van de motoriek van de bewoner
- * Vraag aan de verpleegkundige:

"Op welke wijze draagt u zorg voor de bevordering of instandhouding van de motoriek van de bewoner?" (zoals spelletjes doen met de bewoner; t.v. kijken; aangepast tijdschema hanteren, wandelen)

 - indien de verpleegkundige twee of meer voorbeelden noemt (2)
 - indien de verpleegkundige één of geen voorbeeld noemt (0)
22. De verpleegkundige draagt zorg voor de bevordering en/of instandhouding van de spreek- en luistermogelijkheden van de bewoner.
- * Vraag aan de verpleegkundige:

"Op welke wijze draagt u zorg voor de bevordering en/of instandhouding van de spreek- en luistermogelijkheden van de bewoner (zoals de bewoner aansporen tot duidelijk praten)?"

 - indien de verpleegkundige een of meerdere voorbeelden noemt (2)
 - indien de verpleegkundige geen voorbeeld noemt (0)
23. De verpleegkundige brengt op creatieve wijze het dagprogramma van de individuele bewoner ten uitvoer.
- * Vraag aan de verpleegkundige:

"Kunt u een voorbeeld noemen waarbij u het dagprogramma van de bewoner de afgelopen maand niet heeft uitgevoerd door een onverwachte gebeurtenis binnen de groep?"

Indien afwijken van het dagprogramma nooit wenselijk is voor deze bewoner,

 - niet van toepassing (2)

Indien afwijken mogelijk is,

 - indien de verpleegkundige één voorbeeld noemt (2)
 - indien de verpleegkundige geen voorbeeld noemt of er is geen dagprogramma (0)

24. De verpleegkundige brengt op creatieve wijze het dagprogramma van de individuele bewoner ten uitvoer.
- * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Kunt u een voorbeeld noemen waarbij u het dagprogramma van de bewoner de afgelopen maand niet heeft uitgevoerd door de stemming/toestand van de bewoner?"
 Indien afwijken van het dagprogramma nooit wenselijk is voor deze bewoner,
 - niet van toepassing (2)
 Indien afwijken mogelijk is,
 - indien de verpleegkundige één voorbeeld noemt (2)
 - indien de verpleegkundige geen voorbeeld noemt of er is geen dagprogramma (0)
25. De verpleegkundige bevordert de innerlijke rust van de bewoner
- * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Kunt u noemen in welke situatie de bewoner zich erg op zijn/haar gemak voelt?"
 - indien de verpleegkundige een situatie kan noemen (2)
 - indien de verpleegkundige geen situatie kan noemen (0)
26. De verpleegkundige stimuleert de mantelzorg van de bewoner.
- * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Met welke familieleden onderhoudt de bewoner contact?"
 Indien de bewoner geen familie heeft,
 - niet van toepassing (-)
 Indien de bewoner familie heeft,
 - de verpleegkundige noemt de familieleden (2)
 - de verpleegkundige noemt de familieleden niet (0)
27. De verpleegkundige rapporteert schriftelijk en mondeling ten behoeve van de individuele bewoner
- * vraag vervolgens aan een willekeurige verpleegkundige
 "Kunt u mij hetgeen over de bewoner is gerapporteerd uitleggen?"
 - indien nu duidelijk (1)
 - indien nog onduidelijk (0)

ALGEMEEN

Observatie

28. De verpleegkundige biedt emotionele steun.
- * Observeer of de verpleegkundige een bewoner steun biedt door vragen, luisteren, geduldig zijn en/of lichamelijk contact.
 - ja (2)
 - nee (0)
29. De verpleegkundige is duidelijk in haar/zijn handelingen naar de bewoner(s) toe.
- * Observeer tijdens de maaltijd of de verpleegkundige duidelijk is in haar/zijn handelen naar de bewoner door verstaanbaar (niet te snel, niet te zacht) te praten.
 - ja (2)
 - nee (0)
30. De verpleegkundige draagt zorg voor de veiligheid van de woonomgeving
- * Observeer of medicijnen en schoonmaakmiddelen buiten het bereik van de bewoners zijn opgeborgen.
 - ja (2)
 - nee (0)

Administratie

31. De verpleegkundige legt de ten behoeve van de bewonersgroep verzamelde gegevens schriftelijk vast.
* Beantwoord met behulp van de administratie de volgende vragen
1 Hoe is de samenstelling van de groep voor wat betreft geslacht, leeftijd en niveau van de bewoners?
2. Welke activiteiten zijn voor de hele bewonersgroep mogelijk?
- indien u de twee vragen kunt beantwoorden (2)
- indien u de twee vragen niet kunt beantwoorden (0)
32. De verpleegkundige formuleert de verpleegkundige diagnose ten behoeve van de bewonersgroep.
* Ga in de administratie na of groepsverpleegproblemen zijn geformuleerd.
- ja (2)
- nee (0)
33. De verpleegkundige stelt prioriteiten vast ten behoeve van de bewonersgroep.
* Ga in de administratie na of de groepsverpleegproblemen zijn onderscheiden naar problemen met een hoge en een lage prioriteit.
- ja (2)
- nee (0)
34. De verpleegkundige formuleert verpleegdoelen ten behoeve van de bewonersgroep.
* Ga in de administratie na of verpleegdoelen voor de bewonersgroep zijn geformuleerd.
- ja (2)
- nee (0)
35. De verpleegkundige kiest handelingen, teneinde de verpleegdoelen van de bewonersgroep te realiseren.
* Beantwoord met behulp van de administratie de volgende vraag:
Welke activiteiten zijn voor de bewonersgroep, ter bevordering of instandhouding van de groeps sfeer gepland?
- indien u de vraag kunt beantwoorden (2)
- indien u de vraag niet kunt beantwoorden (0)
Noteer antwoord tevens bij vraag 51.
36. De verpleegkundige stelt de oorzaken van het niet bereiken van de verpleegdoelen van de bewonersgroep vast.
* Ga in de administratie na of de groepsverpleegdoelen zijn bereikt.
Zo ja, - niet van toepassing (-)
Zo nee,
ga vervolgens in de administratie na of de oorzaken van het niet bereiken van de verpleegdoelen van de bewonersgroep zijn gerapporteerd.
- oorzaken gerapporteerd (2)
- oorzaken niet gerapporteerd (0)
37. De verpleegkundige rapporteert schriftelijk en mondeling ten behoeve van de bewonersgroep
* Ga in de administratie na of u hetgeen de laatste drie keer over de bewonersgroep is gerapporteerd kunt lezen en begrijpen.
- indien duidelijk gerapporteerd (2)
Indien onduidelijk gerapporteerd,
Noteer antwoord bij vraag 52

38. De verpleegkundige rapporteert over de ten behoeve van de bewonersgroep geformuleerde verpleegdoelen en geplande acties.
 * Ga in de administratie na of de afgelopen maand over de groepsverpleegdoelen is gerapporteerd.
 - ja (2)
 - nee (0)
39. De verpleegkundige rapporteert over de ten behoeve van de bewonersgroep geformuleerde verpleegdoelen en geplande acties.
 * Ga in de administratie na of de afgelopen maand per groepsverpleegdoel over de verpleegkundige acties is gerapporteerd.
 - ja (2)
 - nee (0)

Interview

40. De verpleegkundige verricht instrumenteel technische vaardigheden ten behoeve van de bewoner.
 * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Indien een bewoner een epileptische aanval krijgt, waar let u dan op?"
 De verpleegkundige dient de volgende handelingen te noemen:
 - voorkomen van verwondingen bij het vallen;
 - letten op tongbeet;
 - letten op verstikkingsgevaar;
 - bij de bewoner blijven totdat de insult over is.
 - indien de verpleegkundige drie of vier handelingen noemt (2)
 - indien de verpleegkundige minder dan drie handelingen noemt (0)
41. De verpleegkundige draagt zorg voor de lichaamshygiëne van de bewoner
 * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Hoe voorkomt u dat een bewoner voetschimmel krijgt?"
 De verpleegkundige dient de volgende handelingen te noemen:
 - na het douchen/baden van de bewoner wordt de douche/het bad direct huishoudelijk schoongemaakt,
 na het wassen van de bewoner worden de voeten van de bewoner goed gedroogd,
 elke dag schone sokken aan.
 - indien de verpleegkundige twee of drie handelingen noemt (2)
 - indien de verpleegkundige minder dan twee handelingen noemt (0)
42. De verpleegkundige draagt zorg voor de begeleiding van de familie.
 * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Op welke wijze begeleidt u de familie van de bewoner?"
 De verpleegkundige dient de volgende aspecten te noemen:
 - informatie geven over de bewoner;
 - informatie vragen over de bewoner;
 - het contact onderhouden;
 - attenderen op de mogelijkheid beroepsbeoefenaren van andere disciplines te raadplegen.
 - indien de verpleegkundige drie of vier aspecten noemt (2)
 - indien de verpleegkundige minder dan drie aspecten noemt (0)
43. De verpleegkundige stimuleert de mantelzorg.
 * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Indien het contact tussen een bewoner en zijn/haar familie steeds minder dreigt plaats te vinden wat doet u dan?"
 - indien de verpleegkundige een of meer voorbeelden noemt die het contact tussen bewoner en familie stimuleert (2)
 - indien de verpleegkundige geen voorbeeld noemt dat het contact tussen bewoner en familie stimuleert (0)

44. De verpleegkundige verschaft de bewoner informatie over zijn/haar situatie.
 * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Op welke wijze maakt u de bewoner duidelijk dat de bewoner naar de arts gaat of de arts naar de bewoner gaat?"
 De verpleegkundige dient de volgende aspecten te noemen:
 . aan de bewoner uitleggen wat er gaat gebeuren;
 . bij de bewoner blijven tijdens het bezoek aan of van de arts
 - indien de verpleegkundige de twee aspecten noemt (2)
 - indien de verpleegkundige minder dan de twee aspecten noemt (0)
45. De verpleegkundige ondersteunt de bewoner bij de beleving van sexualiteit
 * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Creeert u voor de bewoner mogelijkheden om zich af te zonderen indien deze met zichzelf of met anderen wil vrijen?"
 - ja (2)
 - nee (0)
46. De verpleegkundige draagt zorg voor de stervensbegeleiding van de bewoner.
 * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Indien de bewoner terminaal is, op welke wijze begeleidt u dan de bewoner?"
 De verpleegkundige dient de volgende handelingen te noemen.
 . nagaan in hoeverre de bewoner beseft stervende te zijn,
 . veiligheid bieden, aandacht hebben voor de angst,
 . extra tijd en aandacht aan de bewoner besteden.
 Indien de bewoner direct overgeplaatst wordt,
 - niet van toepassing (-)
 Indien de bewoner niet direct overgeplaatst wordt,
 - indien de verpleegkundige twee of drie handelingen noemt (2)
 - indien de verpleegkundige minder dan twee handelingen noemt (0)
47. De verpleegkundige besteedt aandacht aan de ten behoeve van de individuele bewoner geformuleerde verpleegdoelen en geplande acties
 * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Hoe vaak bespreekt u met andere verpleegkundigen of de verpleging van een bewoner volgens individueel verpleegplan verloopt?"
 - eenmaal per twee maanden of vaker (2)
 - minder dan eenmaal per twee maanden of geen individueel verpleegplan (0)
48. De verpleegkundige beoordeelt de verleende verpleegkundige zorg aan de hand van de voor de bewoner geformuleerde verpleegdoelen
 * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Op basis waarvan evalueert u de aan een bewoner verleende verpleegkundige zorg."
 - indien de verpleegkundige verpleegdoelen, verpleegplan of criteria noemt (2)
 - indien de verpleegkundige niet verpleegdoelen, verpleegplan of criteria noemt (0)

49. De verpleegkundige gaat flexibel om met regels.
 * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Wijkt u incidenteel af van de regels voor de bewonersgroep zoals tijdstippen van opstaan, naar bed gaan, maaltijden, douchen?"
 - nee (0)
 Zo ja,
vraag vervolgens aan de verpleegkundige:
 "Kunt u twee voorbeelden noemen waarbij u bent afgeweken van de bestaande regels in de afgelopen twee weken."
 - indien de verpleegkundige twee voorbeelden noemt (2)
 - indien de verpleegkundige niet twee voorbeelden noemt of tijdgebrek of drukte als voorbeeld noemt (0)
50. De verpleegkundige is verantwoordelijk voor het beheer van de materiele en financiële zaken van de leefgroep.
 * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Is er een lijst van de te verwachten uitgaven?"
 - ja (2)
 - nee (0)
51. De verpleegkundige kiest handelingen, teneinde de verpleegdoelen van de bewonersgroep te realiseren.
 * vraag vervolgens aan de verpleegkundige:
 "Welke activiteiten zijn voor de bewonersgroep, ter bevordering of instandhouding van de groepsfeer, gepland?"
 - indien de administratie overeenkomt met het antwoord van de verpleegkundige (2)
 - indien de administratie niet overeenkomt met het antwoord van de verpleegkundige (0)
52. De verpleegkundige rapporteert schriftelijk en mondeling ten behoeve van de bewonersgroep.
 * vraag vervolgens aan een willekeurige verpleegkundige:
 "Kunt u mij hetgeen over de bewonersgroep is gerapporteerd uitleggen?"
 - indien nu duidelijk (1)
 - indien nog onduidelijk (0)
53. De verpleegkundige beoordeelt de verleende verpleegkundige zorg aan de hand van de voor de bewonersgroep geformuleerde verpleegdoelen.
 * Vraag aan de verpleegkundige:
 "Op basis waarvan evalueert u de aan de groep bewoners verleende verpleegkundige zorg?"
 - indien de verpleegkundige verpleegdoelen, verpleegplan of criteria noemt (2)
 - indien de verpleegkundige niet verpleegdoelen, verpleegplan of criteria noemt (0)

Procentuele antwoordverdelingen
van uitspraken
KWALITEIT VAN ZORG
(paragraaf 3.2.2)

a. REVISED CHILD MANAGEMENT SCALE

0 = instituutsgericht

1 = middenpositie

2 = bewonersgericht

AB vraag geldt alleen voor leefgroepen met ambulante bewoners.

Uitspraken met betrekking tot kwaliteit van zorg						0	1	2	missing	N
1.AB	Staan de bewoners in het weekend op dezelfde tijd op als door de week?	1.7	1.7	56.2	40.5	121				
2.AB	Gaan de bewoners in het weekend op dezelfde tijd naar bed als door de week?	24.8	2.5	32.2	40.5	121				
3.AB	Gebruiken de bewoners, behalve als het slecht weer is, de tuin op vastgestelde tijden?	3.3	2.5	54.5	39.6	121				
4.AB	Gebruiken de bewoners de slaapkamers op vastgestelde tijden?	7.4	2.5	50.4	39.6	121				
5.	Zijn er vastgestelde tijden, dat bezoekers op de afdeling mogen komen?	-	-	92.6	7.4	121				
6.	Hoeveel bewoners worden 's nachts gewoonlijk verschoond of naar het toilet gebracht?	11.6	40.5	40.5	7.4	121				
7.AB	Nadat de bewoners aangekleed zijn, wachten ze dan zonder iets te doen tot de anderen klaar zijn?	9.1	17.4	33.1	40.5	121				
8.AB	Wachten de bewoners als groep voordat ze gaan baden?	2.5	9.9	47.1	40.5	121				
9.AB	Wachten de bewoners als groep nadat ze in bad zijn geweest?	1.7	5.8	52.1	40.5	121				
10.AB	Hoe komen de bewoners terug van het toilet?	-	2.5	56.2	41.3	121				
11.AB	Hoe lang zitten de bewoners aan tafel voordat het eten wordt opgediend?	3.3	8.3	49.6	38.8	121				
12.AB	Hoe lang zitten de bewoners aan tafel na afloop van de maaltijd voordat de volgende activiteit begint?	2.5	19.0	39.7	38.8	121				
13.AB	Hoe zijn de bewoners "georganiseerd" als ze gaan wandelen?	6.6	9.9	43.0	40.5	121				
14.	Wat wordt gedaan met de persoonlijke kleren van de bewoners?	-	-	61.2	38.8	121				

15.	Wat gebeurt er met het persoonlijk speelgoed van de bewoners?	0.8	28.9	62.8	7.4	121
16.	Hooveel bewoners bezitten alle volgende kleren: shirt of bloes, broek of rok, juk of pak, trui, overjas, schoenen, peignoir/kamerjas, slippers? bewoners = %	0.8	1.7	88.4	9.0	121
17.	Waar hebben de bewoners hun dagelijkse kleding?	9.9	6.6	76.0	7.4	121
18.	Hooveel bewoners hebben speelgoed, hobbymateriaal of boeken van zichzelf? bewoners = %	5.8	9.9	76.0	8.2	121
19.	Hebben de bewoners platen, foto's, posters en dergelijke op hun kamers?	-	11.6	81.0	7.4	121
20.	Hoe worden de verjaardagen van de bewoners gevierd?	1.7	1.7	88.3	9.1	121
21.	Hoe wordt de tafel gedekt bij de maaltijden?	11.6	9.9	68.6	10.0	121
22.AB	Hebben de bewoners toegang tot de afdelingskeuken?	5.8	14.0	41.3	38.8	121
23.AB	Hebben de bewoners toegang tot andere ruimtes op het paviljoen?	9.1	12.4	32.2	46.2	121
24.	Hoe begeleidt de groepsleiding de bewoners bij het baden?	4.1	9.9	76.9	9.1	121
25.	Eet de dienstdoende groepsleiding mee met de bewoners?	14.9	33.1	44.6	7.4	121
26.	Kijkt de groepsleiding samen met de bewoners televisie?	5.8	43.0	43.0	8.2	121
27.AB	Hooveel bewoners hebben de laatste drie maanden met de groepsleiding een uitstapje gemaakt? (exclusief vakantie) bewoners = %	8.3	12.4	41.3	38.0	121

b. INDEX OF COMMUNITY INVOLVEMENT

De oorspronkelijke scores zijn bewerkt, zodat de frequentieverdelingen van de items vergelijkbaar zijn. In de bewerkte scores op deze schaal is rekening gehouden met het aantal bewoners waarvoor de oorspronkelijke score gold. Als eerste stap zijn de percentages berekend en vervolgens zijn deze percentages geklassificeerd.

1 =	0-20	%
2 =	21-40	%
3 =	41-60	%
4 =	61-80	%
5 =	81-100	%

	1	2	3	4	5	missing	n
1. Hoeveel bewoners gingen afgelopen maand winkelen buiten het terrein?	32,2	15,7	14,0	9,1	20,7	8,3	121
2. Hoeveel bewoners gingen de afgelopen maand naar de bioscoop, pretpark, dierentuin?	66,9	5,8	4,1	2,5	12,4	8,3	121
3. Hoeveel bewoners gingen de afgelopen maand naar een museum, circus, concert?	81,0	5,8	1,7	0,8	2,5	8,3	121
4. Hoeveel bewoners maakten de afgelopen maand gebruik van het openbaar vervoer?	69,4	11,6	5,0	4,1	2,5	7,4	121
5. Hoeveel bewoners gingen de afgelopen maand naar een restaurant of cafetaria?	40,5	12,4	9,1	8,3	20,7	9,1	121
6. Hoeveel bewoners gingen de afgelopen maand ergens anders dan bij hun ouders op bezoek?	51,2	18,2	12,4	3,3	7,4	7,4	121
7. Hoeveel bewoners maakten de afgelopen maand een ritje met de auto of busje?	15,7	16,5	10,7	7,4	42,1	7,4	121
8. Hoeveel bewoners bezochten de afgelopen maand een kerkdienst, buiten het terrein?	79,3	5,8	2,5	1,7	2,5	8,3	121
9. Hoeveel bewoners bleven tijdens een bezoek thuis of elders slapen, in de afgelopen maand?	51,2	15,7	9,1	7,4	9,1	7,4	121
10. Hoeveel bewoners gingen in de afgelopen maand naar de kapper buiten het terrein?	75,2	7,4	5,8	1,7	1,7	8,3	121
11. Hoeveel bewoners gingen de afgelopen maand naar een arts of tandarts buiten het terrein?	90,1	2,5	-	-	-	7,4	121
12. Hoeveel bewoners gingen in het afgelopen jaar met hun familie op vakantie?	86,0	4,1	-	1,7	-	8,3	121
13. Hoeveel bewoners gingen in het afgelopen jaar met hun leefgroep op vakantie?	0,8	4,1	6,6	6,6	74,4	7,4	121

c. INDEX OF PHYSICAL ENVIRONMENT

De scores zijn bewerkt. De scores zijn gerelateerd aan het aantal bewoners en vervolgens geklassificeerd op onderstaande wijze.

1. het percentage of de verhouding is berekend en

2. de percentages of de verhoudingen zijn geklassificeerd.

Afhankelijk van de vraagstelling is het percentage of de verhouding berekend.

1 = 0-20 %

2 = 21-40 %

3 = 41-60 %

4 = 61-80 %

5 = 81-100 %

1 = 1 : 15.01 en meer

2 = 1 : 10.01 - 1 : 15.00

3 = 1 : 5.01 - 1 : 10.00

4 = 1 : 2.01 - 1 : 5.00

5 = 1 : 2.00 en minder

	1	2	3	4	5	missing	N
1. Het aantal badkamers op de leefgroep.	1.7	39.7	33.1	14.0	0.8	10.7	121
2. Het aantal badkamers met spiegels.	81.8	9.1	-	-	-	9.1	121
3. Het aantal douches op de leefgroep.	-	13.2	33.1	40.5	4.1	9.1	121
4. Het aantal afgescheiden douches met deuren.	74.4	14.0	1.7	-	0.8	9.1	121
5. Het aantal spiegels op de leefgroep.	-	0.8	3.3	26.4	57.0	12.4	121
6. Het aantal wasbakken op de leefgroep.	-	4.1	7.4	30.6	46.3	11.6	121
7. Het aantal toiletten op de leefgroep.	85.1	-	-	-	-	14.9	121
8. Het aantal gescheiden toiletten op de leefgroep.	31.4	45.5	12.4	1.7	-	9.1	121
9. Het aantal toiletten met een deur op de leefgroep.	37.2	40.5	11.6	1.7	-	9.1	121
10. Het aantal bewoners met bedsprei of dekbed en dergelijke.	6.6	6.6	7.4	15.7	54.5	9.1	121
11. Het aantal bewoners met sleutels.	68.6	0.8	3.3	4.1	14.0	9.1	121
12. Het aantal bewoners met eigen w.c.	90.1	0.8	-	-	-	9.1	121
13. Het aantal slaapkamers op de leefgroep.	-	-	5.0	24.0	62.0	9.1	121
14. Het aantal slaapkamers met posters.	9.1	15.7	20.7	9.9	35.5	9.1	121

15.	Het aantal slaapkamers met gordijnen en/of zonwering.	5.8	16.5	19.0	13.2	36.4	9.1	121
16.	Het aantal slaapkamers met spiegels.	47.1	5.0	3.3	9.1	26.4	9.1	121
17.	Het aantal T.V.'s en radio's op de leefgroep.	-	-	1.7	37.2	51.2	9.9	121
18.	Het aantal leunstoelen en zitbanken.	-	-	-	13.2	70.2	16.5	121
19.	Het aantal bijzettafeltjes en dergelijke.	-	8.3	20.7	45.5	6.6	19.0	121
20.	Het aantal kasten in de leefruimte.	-	9.1	25.6	45.5	8.3	11.6	121
21.	Het aantal kasten met open speelgoed/boekenafdeling.	75.2	12.4	3.3	-	-	9.1	121
22.	Het aantal huiskamers/dagzalen voor de groep.	0.8	36.4	47.1	6.6	-	9.1	121
23.	Het aantal huiskamers/dagzalen met gordijnen en/of zonwering.	88.4	2.5	-	-	-	9.1	121
24.	Het aantal huiskamers/dagzalen met prullebakken.	88.4	2.5	-	-	-	9.1	121

d. KWALITEITSMETING VERPLEEGKUNDIGE ZORG

- 0 = Voldoet niet aan eis
- 1 = Voldoet deels aan eis
- 2 = Voldoet wel aan eis

	0	1	2
2. De verpleegkundige biedt de bewoner de mogelijkheid tot relatieopbouw.	28.3	-	71.7
3. De verpleegkundige draagt zorg voor de privacy van de bewoner.	82.1	-	17.9
4. De verpleegkundige legt de ten behoeve van de individuele bewoner verzamelde gegevens schriftelijk vast.	89.7	-	10.3
5. De verpleegkundige kiest handelingen, teneinde de verpleegdoelen van de individuele bewoner te realiseren.	58.2	-	41.8
6. De verpleegkundige draagt zorg voor de uitscheiding van de van de bewoner.	78.3	-	21.7
7. De verpleegkundige verricht instrumenteel-technische vaardigheden ten behoeve van de bewoner.	41.3	-	58.7
8. De verpleegkundige formuleert de verpleegkundige diagnose ten behoeve van de individuele bewoner.	66.3	-	33.7
9. De verpleegkundige stelt prioriteiten vast ten behoeve van de individuele bewoner.	98.9	-	1.1
10. De verpleegkundige formuleert verpleegdoelen ten behoeve van de individuele bewoner.	67.4	-	32.6
11. De verpleegkundige formuleert verpleegdoelen ten behoeve van de individuele bewoner.	97.8	-	2.2
12. De verpleegkundige rapporteert dagelijks ten behoeve van de individuele bewoner.	64.7	-	35.3
14. De verpleegkundige toont betrokkenheid.	51.1	-	48.9
15. De verpleegkundige stemt het individuele dagprogramma af op het tijdschema van de leefgroep.	3.8	-	96.2
16. De verpleegkundige ziet erop toe dat de bewoner voldoende rust en slaapt.	0.5	-	99.5
17. De verpleegkundige biedt de bewoner mogelijkheden tot relatie-opbouw.	6.5	-	93.5
18. De verpleegkundige heeft aandacht voor feestdagen, verjaardagen en vakanties.	2.2	-	97.8
19. De verpleegkundige legt de ten behoeve van de individuele bewoner verzamelde gegevens schriftelijk vast.	86.4	-	13.6
20. De verpleegkundige kiest handelingen, teneinde de verpleegdoelen van de individuele bewoner te realiseren.	77.2	-	22.8
21. De verpleegkundige draagt zorg voor de bevordering en/of instandhouding van de motoriek van de bewoner.	19.6	-	80.4

22.	De verpleegkundige draagt zorg voor de bevordering en/of instandhouding van de spreek- en luistermogelijkheden van de bewoner.	14.7	-	85.3
23.	De verpleegkundige brengt op creatieve wijze het dagprogramma van de individuele bewoner ten uitvoer.	71.7	-	28.3
24.	De verpleegkundige brengt op creatieve wijze het dagprogramma van de individuele bewoner ten uitvoer.	51.6	-	48.4
25.	De verpleegkundige bevordert de innerlijke rust van de bewoner.	4.9	-	95.1
26.	De verpleegkundige stimuleert de mantelzorg van de bewoner.	0.5	-	99.5
27.	De verpleegkundige rapporteert schriftelijk en mondeling ten behoeve van de individuele bewoner.	7.1	1 6	91.3
28.	De verpleegkundige biedt emotionele steun.	38.0	-	62.0
29.	De verpleegkundige is duidelijk in haar/zijn handelingen naar de bewoner(s) toe.	6.5	-	93.5
30.	De verpleegkundige draagt zorg voor de veiligheid van de woonomgeving.	17.9	-	82.1
31.	De verpleegkundige legt de ten behoeve van de bewonersgroep verzamelde gegevens schriftelijk vast.	72.3	-	27.7
32.	De verpleegkundige formuleert de verpleegkundige diagnose ten behoeve van de bewonersgroep.	93.5	-	6.5
33.	De verpleegkundige stelt prioriteiten vast ten behoeve van de bewonersgroep	100.0	-	0.0
34.	De verpleegkundige formuleert verpleegdoelen ten behoeve van de bewonersgroep.	62.5	-	37.5
35.	De verpleegkundige kiest handelingen, teneinde de verpleegdoelen van de bewonersgroep te realiseren.	77.2	-	22.8
36.	De verpleegkundige stelt de oorzaken van het niet bereiken van de verpleegdoelen van de bewonersgroep vast.	96.7	-	3.3
38.	De verpleegkundige rapporteert over de ten behoeve van de bewonersgroep geformuleerde verpleegdoelen en geplande acties.	100.0	-	0.0
39.	De verpleegkundige rapporteert over de ten behoeve van de bewonersgroep geformuleerde verpleegdoelen en geplande acties.	100.0	-	0.0
40.	De verpleegkundige verricht instrumenteel technische vaardigheden ten behoeve van de bewoner.	47.8	-	52.2
41.	De verpleegkundige draagt zorg voor de lichaamshygiëne van de bewoner.	35.3	-	64.7
42.	De verpleegkundige draagt zorg voor de begeleiding van de familie.	24.5	-	75.5

43.	De verpleegkundige stimuleert de mantelzorg.	12.5	-	87.5
44.	De verpleegkundige verschaft de bewoner informatie over zijn/haar situatie.	65.8	-	34.2
45.	De verpleegkundige ondersteunt de bewoner bij de beleving van seksualiteit.	27.7	-	72.3
46.	De verpleegkundige draagt zorg voor de stervensbegeleiding van de bewoner.	45.7	-	54.3
47.	De verpleegkundige besteedt aandacht aan de ten behoeve van de individuele bewoner geformuleerde verpleegdoelen en geplande acties.	42.9	-	57.1
48.	De verpleegkundige beoordeelt de verleende verpleegkundige zorg aan de hand van de voor de bewoner geformuleerde verpleegdoelen.	65.8	-	34.2
49.	De verpleegkundige gaat flexibel om met regels.	10.3	-	89.7
50.	De verpleegkundige is verantwoordelijk voor het beheer van de materiële en financiële zaken van de leefgroep.	39.1	-	60.9
51.	De verpleegkundige kiest handelingen, teneinde de verpleegdoelen van de bewonersgroep te realiseren.	87.0	-	13.0
52.	De verpleegkundige rapporteert schriftelijk en mondeling ten behoeve van de bewonersgroep.	45.7	-	52.7
53.	De verpleegkundige beoordeelt de verleende verpleegkundige zorg aan de hand van de voor de bewonersgroep geformuleerde verpleegdoelen.	85.9	-	14.1

scores van de leefgroepen op de dimensies van
KWALITEIT VAN ZORG
(paragraaf 3.2.2)

code leefgroep	KZ1	KZ2	KZ3	KZ4	KZ5	KZ6	KZ7
11	61	73	67	36	2.08	2.63	1.43
12	81	83	73	30	1.73	2.09	1.85
13	97	94	67	26	1.58	2.00	1.31
14	93	90	60	25	1.50	2.32	1.58
15	94	80	60	13	2.69	2.96	1.92
16	76	83	60	17	2.15	3.26	1.94
21	100	83	60	14	2.12	2.80	1.83
22	70	100	47	26	2.54	3.55	1.85
23	89	86	47	22	1.54	2.61	1.33
24	90	100	53	24	2.31	2.50	1.59
25	80	90	67	33	2.15	2.38	1.31
26	95	94	67	23	2.88	3.33	1.91
31	77	78	93	54	1.38	2.29	1.46
32	71	100	60	32	1.58	2.58	1.41
33	69	67	80	30	1.54	2.29	1.54
34	59	79	67	17	2.12	2.96	1.89
35	77	100	67	41	2.12	2.46	1.58
36	88	95	67	29	2.85	3.02	1.72
41	100	83	45	26	2.08	1.96	1.62
42	76	100	47	30	1.54	3.00	1.70
43	82	78	67	22	2.23	3.04	1.69
44	73	73	53	12	.	3.25	1.94
45	78	95	60	25	1.46	1.98	1.50
46	84	67	50	10	3.69	3.46	1.92
51	73	83	73	20	1.38	2.63	1.28
52	84	100	47	13	1.88	2.65	1.72
53	79	73	67	35	2.23	2.65	1.69
54	85	74	67	20	1.88	2.21	1.85
55	72	94	60	14	3.08	3.19	1.91
56	78	100	53	38	1.42	2.11	1.81
61	66	63	91	31	1.88	2.38	1.62
62	95	60	53	32	2.38	2.96	1.85
63	73	67	80	18	1.77	3.13	1.78
64	85	83	93	22	1.88	3.00	1.78
65	72	67	100	28	2.38	3.21	1.89
66	66	93	93	33	2.88	3.33	1.76

Code leefgroep	KZ1	KZ2	KZ3	KZ4	KZ5	KZ6	KZ7
71	93	100	100	33	1.38	2.83	1.60
72					1.23	2.08	1.38
73	78	62	60	19	1.08	2.25	1.38
74	63	80	67	9	2.62	3.00	1.94
75	67	86	80	12	2.35	3.27	1.89
76	76	76	80	26	2.15	3.13	1.63
81	70	83	87	25	3.00	3.21	1.89
82	71	72	80	29	1.23	2.65	1.24
83	67	83	83	12	1.62	2.19	1.52
84	90	83	80	25	1.73	2.35	1.54
85	76	100	79	32	1.46	2.54	1.46
91	98	92	75	24	3.23	3.19	2.00
92	78	94	67	41	1.31	2.25	1.50
93	58	100	100	22	1.85	2.51	1.31
94	85	100	85	23	1.58	3.13	1.85
95	71	100	73	25	1.92	2.79	1.57
96	85	95	73	26	1.23	2.50	1.56
101	80	86	40	16	3.23	3.13	1.89
102	74	40	33	13	1.62	3.42	1.78
103	57	73	53	20	1.85	2.88	1.77
111	81	67	40	20	1.46	2.18	1.46
112	76	73	53	16	1.46	2.30	1.31
113	100	80	40	14	3.62	2.61	1.78
114	68	67	67	17	1.62	2.63	1.56
115	87	61	60	41	2.62	3.26	1.89
116	73	83	47	26	2.00	3.42	1.89

uitsprakenlijst en
procentuele antwoordverdelingen
ARBEIDSSATISFACTIE
(paragraaf 3.3)

Uitsprakenlijst over arbeidssatisfactie in het werk.

Voor u ligt een serie uitspraken met betrekking tot uw werk in de leefgroep of instelling.

Met deze uitspraken kunt u het zeer mee eens, mee eens, twijfel, mee oneens en zeer mee oneens zijn.

Het gaat bij het beantwoorden van deze vragen om uw persoonlijke mening.

Voor het onderzoek is het van belang dat u bij elke uitspraak een keuze maakt en deze aankruist.

Bedankt voor uw medewerking.

Percentage verdelingen van de uitspraken over arbeidssatisfactie.

	1	2	3	4	5	missing	N
1. De zorg voor de bewoners is in het algemeen goed.	-	3.3	6.6	69.4	19.0	1.7	121
2. Ik zou voor mijn werk dit instituut niet voor een ander willen ruilen.	-	22.3	27.3	33.1	15.7	1.7	121
3. Er heerst een jaagsysteem.	2.5	14.9	26.4	44.6	9.9	1.7	121
4. Het personeel kan onderling over persoonlijke dingen praten.	-	1.7	4.1	65.3	27.3	1.7	121
5. Ik zou meer afwisseling in mijn werk willen hebben.	0.8	19.0	15.7	59.5	3.3	1.7	121
6. Ik werk hier met plezier.	-	-	6.6	57.9	33.9	1.7	121
7. Vriend(inn)en zou ik aanbevelen om hier te komen werken.	-	10.7	32.2	50.4	5.0	1.7	121
8. Ik kan mijn kennis en vaardigheden kwijt in mijn werk.	-	6.6	13.2	61.2	17.4	1.7	121
9. Het tempo waarin ik moet werken, is voor mij te hoog.	-	10.7	17.4	52.9	17.4	1.7	121
10. Geregeld erger ik me aan het gedrag van bepaalde bewoners.	0.8	14.9	9.1	65.3	8.3	1.7	121
11. Tussen wat ik kan doen en mag doen is overeenstemming.	2.5	15.7	20.7	55.4	4.1	1.7	121
12. Ik werk onder tijdsdruk.	5.8	33.1	17.4	35.5	6.6	1.7	121
13. Ik voel me betrokken bij mijn werk.	-	-	-	54.5	43.8	1.7	121
14. Alle noodzakelijke (hulp)middelen voor het verzorgen, verplegen en begeleiden van de bewoners zijn hier in goede staat.	3.3	21.5	16.5	49.6	7.4	1.7	121
15. In ons instituut wordt weinig gedaan aan de veiligheid van het werk.	0.8	3.3	21.5	66.1	6.6	1.7	121
16. Ik ben tevreden met het salaris dat ik verdien.	12.4	33.9	18.2	31.4	1.7	2.5	121
17. De groepsleiding wordt niet gekend in beslissingen die ook voor hen belangrijk zijn.	0.8	9.1	34.7	47.9	5.0	2.5	121
18. Ik heb hier weinig te klagen over de werkomstandigheden.	0.8	14.9	25.6	52.1	4.1	2.5	121
19. De pauzeruimte is gezellig ingericht.	5.8	16.5	12.4	24.0	3.3	38.1	121
20. Er is genoeg plaats om het administratieve werk te doen.	16.5	31.4	9.9	35.5	4.1	2.5	121

21	De sanitaire voorzieningen voor het personeel moeten verbeterd worden.	7.4	10.7	2.5	69.4	7.4	2.5	121
22	Ideeen van de groepsleiding hebben hier niet veel kans.	-	5.0	19.8	62.0	11.6	1.7	121
23.	Ik word geregeld op de hoogte gesteld of ik mijn werk goed doe.	2.5	27.3	18.2	48.8	1.7	1.7	121
24.	Als ik de kans krijg ga ik ergens anders werken.	1.7	12.4	22.3	44.6	17.4	1.7	121
25.	Functioneringsgesprekken leveren niets op.	0.8	5.8	7.4	57.0	14.9	14.1	121
26.	De bewoners hebben een overladen dagprogramma.	0.8	3.3	2.5	78.5	13.2	1.7	121
27.	Nieuwe groepsleid(st)ers op onze afdeling worden goed ingewerkt.	2.5	8.3	23.1	54.5	9.1	2.5	121
28.	Ik heb het gevoel dat je maar weinig in te brengen hebt in dit instituut over dingen die je aangaan.	-	12.4	38.8	43.0	2.5	3.3	121
29.	Bij dit instituut hoef je je geen zorgen te maken over je eigen toekomst.	5.8	26.4	35.5	29.8	-	2.5	121
30.	Ik draag een grote verantwoordelijkheid in mijn werk.	-	4.1	5.0	66.1	22.3	2.5	121
31.	Ik zou willen dat er voor mij meer verdere opleidingsmogelijkheden waren.	14.0	35.5	16.5	30.6	0.8	2.5	121
32.	Ik kan regelmatig op kosten van de instelling deelnemen aan cursussen.	9.1	31.4	27.3	26.4	1.7	4.1	121
33	De verantwoordelijkheid die ik draag is in overeenstemming met mijn taak en bevoegdheden.	2.5	17.4	13.2	57.9	6.6	2.5	121
34.	Als het erop aan komt, nemen we het voor elkaar op tegenover de hogere leiding	-	6.6	16.5	57.9	15.7	3.3	121
35.	Ik erger me vaak aan andere collega's op het werk.	-	3.3	11.6	66.1	16.5	2.5	121
36.	Meestal is er een vriendelijke sfeer.	-	2.5	4.1	67.8	23.1	2.5	121
37.	Collega's zijn snel geïrriteerd.	-	0.8	7.4	76.0	13.2	2.5	121
38.	Mijn contacten met de pedagoog of psycholoog over een bewoner zijn goed	1.7	5.8	7.4	71.9	10.7	2.5	121

39.	Iedereen van de groepsleiding vindt dit een prettig instituut om in te werken.	-	9.9	46.3	38.8	2.5	2.5	121
40.	Er zijn op de leefgroep veel onderlinge conflicten tussen de groepsleiding.	0.8	0.8	6.6	65.3	24.8	1.7	121
41.	Een paar mensen van de groepsleiding met wie ik werk, denkt dat ze het voor het zeggen hebben.	-	4.1	1.7	73.6	19.0	1.7	121
42.	De meeste groepsleid(st)ers hier hebben plezier in hun werk.	-	-	10.7	80.2	7.4	1.7	121
43.	Stafleden maken vaak een praatje met de groepsleiding.	8.3	28.9	17.4	41.3	2.5	1.7	121
44.	De groepsleiding hoort te weinig over de gang van zaken in het instituut.	4.1	14.0	29.8	49.6	0.8	1.7	121
45.	Ik ben tevreden met het werkoverleg.	1.7	4.1	19.0	65.3	7.4	2.5	121
46.	Van de belangrijke dingen in het instituut wordt de groepsleiding goed op de hoogte gehouden.	1.7	9.1	30.6	53.7	3.3	1.7	121
47.	De opdrachten die ik hier krijg moeten duidelijker omschreven worden.	0.8	3.3	16.5	76.0	1.7	1.7	121
48.	Het salaris van groepsleid(st)ers is te laag voor het werk dat ze doen.	29.8	51.2	11.6	5.8	-	1.7	121
49.	De groepsleiding is op de hoogte van wat het groepshoofd met de hogere leiding overlegt.	1.7	3.3	14.9	62.8	15.7	1.7	121
50.	De groepsleiding is op de hoogte waarom veranderingen nodig zijn.	0.8	5.0	17.4	68.6	6.6	1.7	121
51.	De manier van werken op onze afdeling moet verbeterd worden.	3.3	14.0	17.4	61.2	2.5	1.7	121
52.	In onze afdeling krijgen we nogal eens opdrachten die niet met elkaar kloppen.	-	8.3	19.0	66.9	4.1	1.7	121
53.	Ik moet vaak in mijn werk wachten zonder dat ik daar iets aan kan doen.	3.3	9.1	15.7	64.5	5.0	2.5	121
54.	Met persoonlijke wensen wordt rekening gehouden bij het maken van het dienstrooster.	-	1.7	2.5	66.9	26.4	2.5	121
55.	Ik kan mijn werktempo zelf kiezen	2.5	26.4	14.9	49.6	4.1	2.5	121

56. Ik heb de vrijheid om zelf de manier van werken te kiezen.	-	14.9	15.7	59.5	7.4	2.5	121
57. De contacten van de groepsleiding met de arts moeten verbeterd worden.	-	20.7	9.1	63.6	4.1	2.5	121
58. Men houdt hier rekening met persoonlijke omstandigheden.	0.8	0.8	19.0	70.2	6.6	2.5	121
59. De groepsleiding moet vaak toestemming vragen voordat bepaalde activiteiten gedaan kunnen worden.	0.8	14.9	12.4	63.6	5.8	2.5	121
60. De inrichting van de leefgroep/afdeling voldoet aan de wensen van de bewoners.	5.8	14.9	19.8	51.2	5.8	2.5	121
61. Ik zou willen dat de groepsleiding meer te zeggen heeft over de aankleding van de leefgroep/ruimte/afdeling.	4.1	27.3	9.9	48.8	7.4	2.5	121
62. Bewoners hangen hier vaak nietsdoend rond.	2.5	14.9	18.2	54.5	7.4	2.5	121
63. Ik word vertrouwd in de uitvoering van mijn werk.	-	-	2.5	81.0	14.0	2.5	121
64. Er zijn veel personeelswisselingen in de groep.	6.6	31.4	13.2	39.7	6.6	2.5	121
65. Je krijgt nauwelijks de kans collega's te leren kennen.	1.7	3.3	12.4	69.4	10.7	2.5	121
66. Anderen buiten de groepsleiding bemoeien zich teveel met de wijze van benadering van de bewoners.	-	2.5	5.8	80.2	9.9	1.7	121
67. Er zijn te weinig regels in dit instituut.	-	-	5.8	76.0	16.5	1.7	121
68. De groepsleiding wordt in dit instituut niet gekend in de aanschaf van materialen.	-	9.9	20.7	61.2	6.6	1.7	121
69. Er vindt voldoende overleg plaats over het werk met collega's.	1.7	14.0	13.2	64.5	5.0	1.7	121
70. De leiding vertelt de groepsleiding te weinig over de gang van zaken in het instituut.	0.8	14.0	32.2	50.4	0.8	1.7	121
71. Ik heb hier niet zoveel kans mijn werk naar eigen inzichten uit te voeren.	-	3.3	12.4	74.4	8.3	1.7	121
72. Het opnemen van vakantiedagen verloopt in goed onderling overleg.	-	1.7	1.7	76.9	18.2	1.7	121

BIJLAGE 13

schaalconstructie ARBEIDSSATISFACTIE (paragraaf 3.3.2)

Schaalconstructie van arbeidssatisfactie

Voor het vaststellen van het aantal factoren zijn ten eerste de antwoordmogelijkheden 'zeer eens' en 'eens' samengetrokken, evenals de antwoordmogelijkheden 'zeer oneens' en 'oneens'. Op basis van de geconstrueerde frequentieverdeling zijn de items waarvan 75 % van de ondervraagden of meer op één antwoordmogelijkheid scoren uit de analyse gelaten. Na samenvoeging van de scores 'zeer eens' en 'eens' en de scores 'zeer oneens' en 'oneens' werd er op 25 items 75 % of meer op één antwoordmogelijkheid gescoord. Deze items zijn niet betrokken in de nadere analyse. Zij differentiëren in geringe mate tussen de verschillende leefgroepen.

Van de theoretisch geconstrueerde schalen blijven na verwijdering van de scheef verdeelde items de volgende aantallen items over:

Terrein van arbeidssatisfactie	Aantal opgenomen items	Oorspronkelijk aantal items
totaal	47	72
inhoud van het werk	9	13
materiele werkomstandigheden	6	7
erkenning	5	6
verantwoordelijkheid en carrière	5	7
interpersoonlijke relaties	2	10
medezeggenschap t.a.v. personeel	20	29

Door toepassing van de principale componenten analyse is het aantal relevante factoren bepaald. De oblimin-rotatie maakte duidelijk dat de verschillende factoren onafhankelijk van elkaar zijn (correlaties tussen de factoren allen $< .30$). Items die een communaliteit lager dan $.40$ hadden, zijn niet opgenomen voor de verdere analyse.

Door de varimax-rotatie zijn met 29 items 4 factoren tot stand gekomen, respectievelijk met 10, 7, 7 en 5 items. De totale verklaarde variantie van de 4 factoren bedraagt 50.4%.

De factorladingen zijn als volgt:

Item	AS1	AS2	AS3	AS4
S12tyddr	.766			
S9tempoh	.739			
S3jaagsy	.712			
S62bwndo	.679			
S55tempz	-.669			
S64prswi	.668			
S51vrbmw	.594			
S45wrkov	-.582			
S27inwer	-.534			
S20admin	-.416			
S22idee		.728		
S17besli		.710		
S61aankl		.678		
S59tstak		.656		
S68mater		.585		
S28inbre		.496	.404	
S43praat		-.483		
S50vernd			-.618	
S46hoogt			-.612	
S19pauze			-.599	
S44gvzin			.554	
S23goedw			-.528	
S15veili			.499	.411
S70gvzin			.452	
S16tvshal				-.733
S29toeko				-.698
S31oplmo				.663
S14middl				-.602
S52opdrk	.418			.433

Vervolgens zijn twee items uit twee factoren verwijderd omdat door het weglaten van deze items (s19pauze en s20admin) de

alfa's van de factoren aanzienlijk verhoogd werden. Drie items (S28inbre, S15veili en S52opdrk) zijn verwijderd omdat zij op meerdere factoren hoog laden (multidimensionaliteit). De Cronbach's alfa is voor de 4 factoren met respectievelijk 9, 6, 5 en 4 items als volgt: .89, .82, .80 en .75.

Na het vaststellen van de factoren zijn per leefgroep de scores middels een likertschaal berekend door de scores op de items die de factor bepalen bij elkaar op te tellen en vervolgens te delen door het aantal items.

De tweede orde factoranalyse leverde één factor Arbeidssatisfactie op:

factor	Arbeidssatisfactie
AS4	.792
AS2	.744
AS1	.705
AS3	.613

Cronbach's alfa is voor deze factor .67.

BIJLAGE 14

scores op de factoren van
ARBEIDSSATISFACTIE
(paragraaf 3.3.2)

Code leefgroep	AS1	AS2	AS3	AS4
11	3.72	3.58	2.88	3.1
12	3.72	4.00	3.50	3.6
13	3.83	3.58	2.63	3.5
14	3.28	3.33	3.00	3.3
15	3.94	3.67	3.50	3.6
16	4.08	3.58	3.75	3.7
21	3.67	3.00	3.38	3.9
22	4.17	3.83	3.75	3.7
23	2.67	2.92	4.00	3.6
24	3.59	2.92	2.13	3.3
25	3.61	3.92	3.88	3.7
26	4.44	4.08	3.88	3.9
31	3.00	2.83	2.25	3.2
32	3.00	2.50	2.75	2.8
33	2.78	3.17	1.63	3.2
34	3.72	2.75	1.88	3.1
35	3.50	3.67	2.88	3.4
36	3.11	3.33	3.00	3.4
41	3.50	3.50	2.75	3.6
42	4.22	4.08	2.00	3.6
43	2.22	3.50	2.25	3.2
44	4.17	4.00	3.50	3.8
45	2.52	4.00	2.38	3.7
46	3.89	3.67	3.63	4.0
51	2.56	3.33	2.63	2.8
52	3.78	3.67	2.00	4.0
53	3.06	3.67	2.63	3.7
54	3.17	3.83	2.25	3.8
55	3.89	3.83	3.13	3.8
56	3.17	3.92	2.75	3.9
61	3.44	4.00	3.13	3.8
62	3.06	2.50	1.88	2.7
63	3.44	3.25	1.88	3.8
64	3.17	3.08	3.00	3.5
65	3.11	3.17	2.50	3.6
66	3.00	3.42	2.75	3.8

Code leeftgroep	AS1	AS2	AS3	AS4
71	3.06	3.58	2.50	2.8
72	1.28	1.92	1.75	1.9
73	1.67	3.67	3.25	2.8
74	4.06	3.50	3.00	3.8
75	3.78	3.67	2.88	3.9
76	2.56	3.17	2.25	3.2
81	3.61	3.75	2.63	3.8
82	3.72	4.17	4.00	3.7
83	4.28	4.25	3.13	3.3
84	3.56	2.75	3.25	4.0
85	3.61	4.08	2.75	3.6
91	3.72	4.25	2.88	3.5
92	3.06	3.25	3.50	3.7
93	2.50	3.67	2.88	3.3
94	4.11	4.00	3.00	3.5
95	2.72	4.00	2.88	3.5
96	3.17	4.25	3.38	3.5
101	4.22	2.33	4.00	2.6
102	3.67	2.17	3.25	2.8
103	4.06	2.50	3.63	2.9
111	3.89	3.50	3.00	2.8
112	3.89	3.65	3.88	3.4
113	3.94	3.42	3.38	3.8
114	3.67	3.00	2.63	2.0
115	3.61	3.08	3.00	2.7
116	3.72	3.25	3.38	3.1

OVERZICHT VAN DE VARIABLEN

Achtergrondgegevens (AV)

AV1	Leefgroepgrootte
AV2	Leefgroepniveau
AV3	Ambulantiegraad
AV4	Verzorgingsmaat
AV5	Bewonersleeftijd
AV6	Groepsleiding/bewonerratio
AV7	Mentorschap
AV8	Opleiding groepsleiding
AV9	Sekse groepsleiding
AV10	Leeftijd groepsleiding
AV11	Dienstverband per week
SZ	Structurele Zorgbehoefte

Verzelfstandiging (VZ)

VZ1	Budgetbeheer
VZ2	Begeleiding
VZ3	Interieurkeuze
VZ4	Huishouding
VZ5	Personeelsbeleid
VZ6	Werkdruk
VZ7	Overplaatsing
VZ8	Beheer van financiële zaken
VZ9	Immateriële en organisatorische zaken

Arbeidssatisfactie (AS)

AS1	Organisatie van het dagelijks werk
AS2	Invloed en medezeggenschap
AS3	Informatieverstrekking
AS4	Carrière en materiële werkomstandigheden

Kwaliteit van zorg (KZ)

KZ1	Relatie/zelfzorg
KZ2	Leefmilieu
KZ3	Structuren
KZ4	Coördinatie
KZ5	Contacten in de samenleving
KZ6	Fysieke omgeving
KZ7	Bewonersgericht handelen
KZ8	Ontwikkelingsvoorwaarden
KZ9	Verpleegkwaliteit

CURRICULUM VITAE

Anjo Geelen (geboren op 25 januari 1958 te Heerlen) volgde athe-neum-b aan het Eykhagencollege te Schaesberg, gemeente Land-graaf. Van 1977 tot 1981 volgde zij de opleiding diëtetiek aan de scholengemeenschap Wachtendonck te Heerlen. Na een korte pe-riode werkzaam te zijn geweest als diëtiste studeerde zij vanaf 1982 sociologie aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen. Het doctoraalexamen legde zij af in december 1988 met als specialisa-tie medische sociologie en als belangrijkste bijvak organisatieso-ciologie.

Na het afstuderen werkte zij als onderzoeksmedewerkster bij het onderzoeksbureau Medisch Sociologisch Onderzoek te Zutphen waar zij het onderzoek Zelfstandig werken aan kwaliteit verricht-te. Van 1992 tot mei 1994 was zij als projectmedewerkster werk-zaam bij het Nationaal Ziekenhuis instituut te Utrecht in het lande-lijke project Functiedifferentiatie Intramurale Verpleging. Sinds no-vember 1993 is zij als wetenschappelijk medewerkster verbonden aan het Sint Radboudziekenhuis te Nijmegen, waar zij onderzoek verricht naar het optimaliseren van de medisch ondersteunende dienstverlening aan medisch specialisten.

Zij heeft een dochter van acht jaar.



Instituut voor ZorgOnderzoek MSO

Toegepast zorgonderzoek: van wetenschap naar werkvloer

Het Instituut voor ZorgOnderzoek (IZO) verricht sociaal-wetenschappelijk onderzoek en voert innovatieprojecten uit op het terrein van de volksgezondheid. Het instituut is opgericht door de stichting Medisch Sociologisch Onderzoek in Zutphen en de stichting Trias Opleidings- en Studie- & Adviescentrum gezondheids- en welzijnszorg in Deventer.

Informatie

Kantooradres:

Singel 25, Deventer (t.o. NS- en busstation)

Postadres:

Postbus 248

7400 AE Deventer

Telefoon 05700-70632

Telefax 05700-70938

Stellingen

behorend bij het proefschrift
Verzelfstandiging van groepsleiding en kwaliteit van zorg,
van Anjo Geelen

- 1 Bij meer zeggenschap van groepsleiding in de zorg voor verstandelijk gehandicapten neemt de kwaliteit van de zorgverlening toe, de kwaliteit van de voorwaarden waaronder de zorg verleend wordt echter niet.
Dit proefschrift
- 2 Een grotere arbeidssatisfactie is een direct gevolg van meer zeggenschap van groepsleiding over de eigen werksituatie.
Dit proefschrift
- 3 In de zorg voor verstandelijk gehandicapten is meer aandacht nodig voor de zorgcondities bij de meest kwetsbare groep: leefgroepen met sterk hulpbehoevende bewoners, vaak functionerend op een laag niveau. Zij beschikken gemiddeld over minder fysieke ruimte, minder materiële middelen en hebben minder sociale contacten en activiteiten.
Dit proefschrift
- 4 Eén algemene definitie van kwaliteit van zorg is in de praktijk weinig bruikbaar. Instellingen en beroepsgroepen op de verschillende terreinen van de gezondheidszorg dienen zelf operationeel inhoud te geven aan wat zij onder kwaliteit van zorg verstaan.
- 5 Verbetering van de informatiestromen binnen instellingen leidt tot zekerheid en tevredenheid van het personeel en bevordert de effectiviteit en de efficiency van de organisatie.
- 6 Het vereenzelvigen van beroep en functie in de gezondheidszorg bevordert niet de duidelijkheid van het organisatorisch functioneren. Aanspreekbaarheid op functioneren wordt mogelijk door het vastleggen van functionele verantwoordelijkheden naast de vereisten van vakinhoudelijke kennis en bekwaamheden.
- 7 Functiedifferentiatie binnen verpleging en verzorging is gunstig indien een organisatie functiedifferentiatie in haar beleid opneemt en er structureel vorm aangeeft; dan immers pas ontstaan carrière-mogelijkheden binnen de directe zorgverlening en ruimte voor verschillend opgeleide werknemers. (Nationaal Ziekenhuisinstituut, Functiedifferentiatie Intramurale Verpleging, NZi, Utrecht, 1994)

- 8 Mentorschap in de betekenis van Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige schept voorwaarden voor een bottom-up organisatie en voor zorg-op-maat.
- 9 Mentorschap is een voorbeeld van georganiseerde betrokkenheid.
- 10 Achtergrondvariabelen blijven op de achtergrond tot het moment dat blijkt dat zij op de achtergrond geen betekenis hebben of op de voorgrond horen.
Persoonlijke communicatie drs. K. Luesink
- 11 Dagopvang en Buitenschoolse Opvang voor kinderen maakt werken mogelijk en levert werk op. Zonder deze voorziening was dit proefschrift niet tot stand gekomen.
- 12 Hard werken met het hoofd vraagt om compensatie door hard werken met de handen. De tuin profiteert ervan.

